

Avec
supplément
sur les
révisions
2012

Mars 2005

*Ligne directrice sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers*
Bâtir l'avenir des soins infirmiers

*La violence faite aux femmes :
Dépistage, identification
et intervention initiale*



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS



Mot de bienvenue de Doris Grinspun

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO/AIIO) vous présente cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières et infirmiers offrent dans leur travail quotidien.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui ont permis à la RNAO/AIIO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu

l'expertise de la RNAO/AIIO pour diriger ce projet, contribuera en accordant un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du programme des LDPESI, grâce à sa détermination sans bornes et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté des infirmières et des infirmiers, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et des heures innombrables de son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque Ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel d'offres et ouvrent leurs établissements pour mettre à l'essai les LDPESI.

C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire parcours : le personnel infirmier appliquera-t-il les lignes directrices dans son travail quotidien?

La mise en place réussie de ces LDPESI nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes : le personnel infirmier lui-même, d'autres collègues du secteur de la santé, les infirmières et infirmiers qui enseignent en milieu universitaire et au milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières et infirmiers, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et compétents, auront besoin d'un milieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de communiquer cette LDPESI, ainsi que d'autres lignes directrices, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

La RNAO/AIIO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation des futures lignes directrices. Nous vous souhaitons que leur mise en place soit des plus réussies!

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (candidate), O.Ont.

Directrice exécutive
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Comment utiliser ce document

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers est un document complet qui comporte les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes. Ce document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou du milieu de travail, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes », mais plutôt être utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions sur les soins individualisés offerts au client, ainsi que pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières et infirmiers, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils d'évaluation et de documentation, etc. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme outil de référence. Les infirmières et infirmiers qui donnent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, dans les établissements de pratique et les milieux de travail, il est fortement recommandé d'adapter les lignes directrices de façon à ce qu'elles soient faciles à utiliser pour le travail quotidien. Cette Ligne directrice suggère différentes approches pour de telles adaptations et personnalisations locales.

Les établissements qui désirent utiliser cette Ligne directrice peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans la Ligne directrice.
- Définir des recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- Élaborer de manière systématique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

La RNAO/AIIO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette Ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience. Des ressources de mise en œuvre seront disponibles par l'entremise du site Web de la RNAO/AIIO afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Déclin de responsabilité

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires mise de l'avant ne s'applique qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prend pas en compte les implications financières. Les infirmières et infirmiers ne sont pas tenus d'appliquer cette ligne directrice et son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux désirs du client et de sa famille, ainsi qu'aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni la RNAO/AIIO ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette Ligne directrice, et n'acceptent de responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Aucune des références à des produits pharmaceutiques spécifiques citées tout au long du document en tant qu'exemples ne signifie que nous endossons l'un ou l'autre de ces produits.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la reproduction est indiquée, le reste de ce document peut être copié et publié, sous toute forme, y compris un format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2005). *La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Équipe du programme :

Tazim Virani, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)
Directrice de programme

Jane M. Schouten, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.
Coordonnatrice de programme

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Éd.)
Gestionnaire de programme

Stephanie Lappan-Gracon, inf. aut., M.Sc.Inf.
Coordonnatrice de programme, Réseau des champions
des pratiques exemplaires

Josephine Santos, inf. aut., M.Sc.Inf.
Coordonnatrice de programme

Bonnie Russell, BJ
Adjointe au programme

Carrie Scott
Adjointe administrative

Julie Burris
Adjointe administrative

Keith Powell, B.A., AIT
Site Internet

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Programme des Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
158 Pearl Street
Toronto, Ontario, M5H 1L3
Site Web : www.rnao.org/bestpractices

Membres du groupe d'élaboration

Daina Mueller, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Chef d'équipe

*Gestionnaire du programme
Hamilton Public Health and Community
Services Department
Hamilton, Ontario*

Debbie Aylward, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

*Coordonnatrice des soins périnataux
Programme de partenariat périnatal
de l'Est et du Sud-Est de l'Ontario
Infirmière responsable des transferts,
Unité néo-natale des soins intensifs
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
Ottawa, Ontario*

Helene Berman, inf. aut., Ph.D.

*Professeure adjointe
École des sciences infirmières,
University of Western Ontario
London, Ontario*

Mary Carter, inf. aut., B.Sc.Inf., SANE

*Programme Agression sexuelle/violence familiale
Hôpital régional de Sudbury
Sudbury, Ontario*

Mary Dempsey, inf. aut., B.A., SANE

*Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre
Infirmière animatrice
Hamilton Health Sciences Centre
McMaster University Medical Centre
Hamilton, Ontario*

**Kathleen Fitzgerald, inf. aut., B.Sc.Inf.,
M.Sc.Inf., SANE**

*Gestionnaire, Sexual Assault/
Partner Abuse Treatment Program
Hôpital du district du lac des Bois
Kenora, Ontario*

Lisebeth Gatkowski, inf. aut.

*Community Liaison Program
St. Joseph's Healthcare,
Centre for Mountain Health Services
Hamilton, Ontario*

**Sheila Macdonald, inf. aut., B.Sc.Inf.,
Infirmière clinicienne spécialisée**

*Coordonnatrice provinciale
Ontario Network of the Sexual Assault/Domestic
Violence Care Treatment Centres
Sunnybrook and Women's College, Health
Sciences Centre
Toronto, Ontario*

Sarah Kaplan, M. Serv. Soc.

*Coordonnatrice
Équipe de soins en agressions
sexuelles conjugales
Cornwall Community Hospital
Cornwall (Ontario)*

Rosemary Rak, inf. aut., CSPSM(C)

*Infirmière clinicienne éducatrice
Mental Health Addiction Program
Hôpital Royal Victoria
Barrie, Ontario*

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Susan Ralyea, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.S.

Conseillère et éducatrice

Dorchester, Ontario

Jane M. Schouten, inf. aut., B.Sc.Inf., MBA

RNAO/AIIO

Personnel du programme, animatrice

Coordonnatrice du programme

*Programme des lignes directrices sur
les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Association des infirmières et infirmiers

autorisés de l'Ontario

Toronto, Ontario

Jody Stasko, inf. aut., B.Sc., B.Sc.Inf., SANE

*Infirmière examinatrice des agressions
sexuelles (SANE)*

Sunnybrook and Women's College,

Health Sciences Centre

Sexual Assault/Domestic Care Centre,

Toronto, Ontario.

*La RNAO/AIIO souhaite remercier Dorothea
Leung, étudiante de quatrième année du
programme de baccalauréat en sciences
infirmières de l'Université de Toronto, pour sa
contribution aux premières étapes de
l'élaboration de la présente Ligne directrice.*

Des déclarations d'intérêt et de confidentialité ont été effectuées par tous les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices.

Vous pouvez obtenir des détails supplémentaires auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



Remerciements

Des parties prenantes issues de diverses disciplines ont été interrogées. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Mary Pat Bingley, inf. aut., B.Sc.Inf.	Gestionnaire, Sexual Assault/Domestic Violence, Hôpital des districts de Perth et Smiths Falls, Smiths Falls, Ontario
Jean Bowden, inf. aut., ISP	Coordonnatrice du programme Healthy Babies, Healthy Children, circonscription sanitaire d'Elgin et de St. Thomas, St. Thomas, Ontario
L'honorable Marion Boyd	Conseillère en droit, en santé et en questions d'actualité féminines, Commplus Consultants, Tiverton, Ontario
Stacey Bricknell, inf. aut., B.Sc.Inf.	Infirmière en santé publique, Hamilton Public Health and Community Services Department, Hamilton, Ontario
Pat Brown, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.	Directrice des soins infirmiers, circonscription sanitaire des comtés de Hastings et de Prince Edward, Belleville, Ontario
Sheila Cameron, B.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée	Directrice exécutive, Violence Against Women Services Elgin County, comté d'Elgin, Ontario
Ruth Carlisle, B.A., B.Ed.	Analyste des politiques, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, Ontario
Ilze Caunitis, M.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée	Travailleuse sociale, hôpital Queensway–Carleton, Ottawa, Ontario
Lisa Crawley Beames, inf. aut., B.Sc.Inf., CSPSM(C), SANE	Infirmière de soins généraux, programme des doubles diagnostics, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario Infirmière examinatrice, Sexual Assault and Domestic Violence Care Centre, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Ontario
Sheryl Farrar, B.Sc., M.Sc.S.	Promotrice de la santé, circonscription sanitaire des comtés de Hastings et de Prince Edward, Belleville, Ontario
Andrea Frey, inf. aut., B.Sc.Inf.	Infirmière en santé publique, circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario, Cornwall, Ontario
Irene Gabinet, B.A., éducatrice de la petite enfance, MEd(C)	Coordonnatrice, Woman Abuse Prevention Program, St. Joseph's Health Centre, Women's Health Centre, Toronto, Ontario
Patti Gauley, inf. aut., B.Inf.	Coordonnatrice/superviseure de programme, circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario, Cornwall, Ontario
Linda Greenway, inf. aut., B.Sc.Inf.	Infirmière en santé publique, STD and Sexual Health Program, Hamilton Public Health and Community Services Department, Health Protection Branch, Hamilton, Ontario
Linda Handley, inf. aux. aut.	St. Catharines General Hospital, Santé mentale, St. Catharines, Ontario
Colleen Hanna, inf. aut., B.Sc.Inf., CNéph	Éducatrice pour les membres du personnel, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Hamilton, Ontario
Susan Harrison, inf. aut., B.Inf. (McGill), M.Ed.	Infirmière en santé publique, Peel Health, Family Health, Brampton, Ontario
Mary Hastings, inf. aut., B.Sc.Inf.	Éducatrice, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Hamilton, Ontario
Mary Huffman, inf. aut., B.Sc.Inf.	Infirmier en santé publique, Middlesex-London Health Unit, London, Ontario.
Janet Izumi, inf. aut., B.Inf., M.Ed.	Gestionnaire, Services de santé familiale, circonscription sanitaire de Middlesex-London, London, Ontario
Susan Jack, inf. aut., Ph.D.	Professeure adjointe, École des sciences infirmières, McMaster University, Hamilton, Ontario
Margo Kennedy, M.Serv.Soc.	Coordonnatrice du programme de la violence faite aux femmes, Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Karen Kerker, inf. aut., B.Sc.Inf.	Infirmière en santé publique, circonscription sanitaire de Grey Bruce, Owen Sound, Ontario
Sharon Kostiloff, inf. aut., CNéph(C)	Infirmière en soins primaires (néphrologie), Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Hamilton, Ontario
Salima Ladak, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Inf. (ACNP)	Infirmière praticienne en soins aigus, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario
Dorothyanne Last, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.,diplômée en épidémiologie	Gestionnaire du programme Healthy Lifestyles, circonscription sanitaire des comtés de Hastings et de Prince Edward, Belleville, Ontario
Nancy Lewis, Ph.D.	Analyste principale des politiques, Secrétariat du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, Ontario
Bobbi Martin-Haw, M.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée	Coordonnatrice du programme des agressions sexuelles et de la violence familiale, Centre régional de santé de Peterborough, Peterborough, Ontario
Robin Mason, Ph.D.	Chercheuse scientifique, Centre for Research in Women's Health, Toronto, Ontario
Shona McIntyre, inf. aut., B.Ed., MEd(C)	Éducatrice en soins intensifs, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Hamilton, Ontario
Marie McKeary, M.A., M.Serv.Soc., Ph.D. (candidate)	Directrice de programme, Phoenix Place Second Stage, Hamilton, Ontario
Mary Jane McNally, inf. aut., B.Sc.Inf.,M.Sc.Inf., CMHPN(C)	Directrice clinique, Emergency, Medicine, Family Community Health, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario
Jennifer Medves, inf. aut., Ph.D.	Professeure adjointe, Queen's University, Kingston, Ontario
Janet Moorhead-Cassidy, B.Serv.Soc.	Gestionnaire du programme Healthy Babies, Healthy Children, circonscription sanitaire des comtés de Hastings et de Prince Edward, Belleville, Ontario
Jim Natis, B.A., B.Serv.Soc., M.Serv.Soc., travailleur social autorisé	Travailleuse sociale, Réseau universitaire de santé, Toronto General Hospital, Toronto, Ontario
Marsha Olinski, inf. aut., B.Sc.Inf.	Directrice du programme de santé sexuelle, circonscription sanitaire des comtés de Hastings et de Prince Edward, Belleville, Ontario
Rosana Pellizzari, M.D., CCFP, M.Sc., FRCPC	Médecin-hygiéniste, circonscription sanitaire du district de Perth, Stratford, Ontario
Ann Playne, inf. aut.	Thérapeute en santé mentale, Ann P. Playne and Associates, Barrie, Ontario
Graham Pollett, M.D., M.Sc.S., FRCPC	Médecin-hygiéniste et chef de la direction, circonscription sanitaire de Middlesex-London, London, Ontario
Carol Quinlan, B.Sc.Inf.	Coordonnatrice de la prévention des blessures et de la violence familiale, circonscription sanitaire de Leeds, Grenville et Lanark, Smiths Falls, Ontario
Cheryl Rolin-Gilman, inf. aut., M.Sc.Inf., CSPSM(C)	Infirmière de pratique avancée, programmes des femmes et de la toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario
Trudy Schitka, B.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée	Travailleuse à l'intervention d'urgence, Hôpital Royal Victoria, Barrie, Ontario
Michelle Scolaro, inf. aut., CSPSM(C)	Infirmière d'intervention en situations de crise, Halton Healthcare Services, Oakville, Ontario
Donna Stewart, M.D., Ph.D., FRCPC	Professeure et directrice du département de santé des femmes, Réseau universitaire de santé et University of Toronto, Toronto, Ontario
Rita Taillefer, inf. aut., BSN	Chef d'équipe, Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre, Hôpital de Sault-Sainte-Marie, Sault-Ste-Marie, Ontario
Diana Tikasz, M.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée	Coordonnatrice, Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre, Hamilton Health Sciences Centre
Toronto Public Health	Family Health Program, Mental Health Program, Planning & Policy – Family Health, Toronto, Ontario
Lisa Valentine, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.	Conseillère en pratique, Ordre des infirmières et infirmier de l'Ontario, Toronto, Ontario
Sharon Vandervurg, inf. aut., B.Sc.Inf.	Infirmière en santé publique, circonscription sanitaire d'Algoma, Sault-Ste-Marie, Ontario
Bonnie Lynn Wright, inf. aut., B.A., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D.	Gestionnaire des services de santé sexuelle, circonscription sanitaire de Middlesex-London, London, Ontario.

Table des matières

Sommaire des recommandations	10
Interprétation des données probantes	12
Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice	13
Objet et champ d'activité	13
Processus d'élaboration de la Ligne directrice	14
Définitions des termes.....	16
Contexte.....	18
Recommandations relatives à la pratique	27
Recommandations relatives à la formation.....	39
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements.....	42
Lacunes dans la recherche et implications pour l'avenir	44
Évaluation et surveillance de la Ligne directrice	46
Méthodes de mise en place	48
Processus de mise à jour et de révision de la Ligne directrice.....	50
Références	51
Bibliographie.....	57

Annexe A : Méthode de recherche de données probantes existantes	68
Annexe B : Cercle du pouvoir et du contrôle	72
Annexe C : Outils d'évaluation destinés aux infirmières et aux infirmiers	73
Annexe D : Formulation des questions initiales	76
Annexe E : Cheminements cliniques	77
Annexe F : Aide-mémoire ACCD-RS	79
Annexe G : Obstacles au dépistage et au signalement	82
Annexe H : Planification de la sécurité	83
Annexe I : Ressources communautaires	85
Annexe J : Ressources éducatives	86
Annexe K : Scénarios d'enseignement	89
Annexe L : Exemples de règlements	90
Annexe M : Description de la Trousse	102
Annexe N : Ressources en français	103

Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATION	*NIVEAU DE LA PREUVE
Recommandations relatives à la pratique	1.0 Dans tous les milieux de soins, les infirmières et infirmiers mettent en place des activités de routine pour le dépistage généralisé de la violence faite aux femmes.	Ib
	2.0 Un dépistage généralisé de routine est mis en place pour toutes les personnes de sexe féminin de 12 ans et plus.	IV
	3.0 Les infirmières et infirmiers perfectionnent des compétences de création d'un climat qui facilite le signalement. Ceci exige qu'ils sachent : <ul style="list-style-type: none"> ■ comment poser la question et ■ comment réagir. 	IV
	4.0 Les infirmières et infirmier perfectionnent des méthodes de dépistage et des interventions initiales qui répondent aux besoins de toutes les femmes, en tenant compte des différences liées à la race, à l'appartenance ethnique, à la classe, aux convictions religieuses ou spirituelles, à l'âge, aux handicaps et à l'orientation sexuelle.	III
	5.0 Les infirmières et infirmiers font appel à des pratiques réflexives pour examiner l'influence de leurs propres croyances, valeurs et expériences sur l'exercice du dépistage.	Ila
	6.0 Les infirmières et infirmiers savent quels éléments doivent être documentés pendant le dépistage de la violence et les interventions en réaction à celle-ci.	IV
	7.0 Les infirmières et infirmiers connaissent leurs obligations juridiques en cas de signalement de violence.	IV
Recommandations relatives à la formation	8.0 Des programmes de formation obligatoire en milieu de travail sont élaborés dans le but : <ul style="list-style-type: none"> ■ de rehausser les connaissances et les compétences du personnel infirmier et ■ de favoriser l'éducation à la violence faite aux femmes et la prise en compte de cette réalité. 	Ib
	9.0 Tous les programmes en sciences infirmières intègrent de façon systématique la question de la violence faite aux femmes.	III

Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATION	*NIVEAU DE LA PREUVE
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	<p>10.0 Les établissements de santé élaborent des règlements et des procédures qui favorisent l'efficacité du dépistage généralisé de la violence faite aux femmes et les interventions initiales en réaction à celle-ci.</p>	IV
	<p>11.0 Les établissements de santé font participer la collectivité sur le plan de leurs systèmes dans le but d'améliorer la collaboration et l'intégration des services parmi les différents secteurs.</p>	Ib
	<p>12.0 Des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une aide appropriée à la mise en place. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation. ■ La participation de tous les membres (dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place. ■ L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus d'élaboration et de mise en place. ■ La présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires. ■ Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des lignes directrices. <p>À cet égard, la RNAO/AIO (par l'entremise d'un panel composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique, fondée sur les données probantes disponibles, des perspectives théoriques et un consensus. La RNAO/AIO recommande fortement l'utilisation de cette Trousse pour guider la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale.</p>	IV

* Consulter la page 12 pour obtenir plus de détails sur l'interprétation des données probantes.

Interprétation des données probantes

Niveau de la preuve

Le système suivant décrit les niveaux de preuve qui ont été employés pour catégoriser les travaux de recherche retenus pour l'élaboration de la présente Ligne directrice.

- la Donnée probante découlant d'une méta-analyse ou d'une revue systématique d'essais cliniques aléatoires.
- lb Données probantes découlant d'au moins un essai clinique aléatoire.
- IIa Données probantes découlant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
- IIb Données probantes découlant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans randomisation.
- III Données probantes découlant d'études non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
- IV Données probantes tirées de rapports ou d'avis de comités de spécialistes ou fondées sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

L'hypothèse de base de ce système est que l'essai clinique aléatoire est l'« étalon or » qui permet de comparer et d'évaluer toutes les autres formes de données probantes. Bien que cette hypothèse puisse présenter une utilité considérable pour les sciences biomédicales, sa pertinence en sciences humaines et médicales n'est pas aussi manifeste. En sciences infirmières, où la multiplicité des formes de connaissance est une caractéristique non seulement estimée, mais aussi souhaitable, une hiérarchie attribuant une place inférieure à la recherche qualitative serait problématique. Chose plus importante, une telle hiérarchie ne tient pas compte de la nature du savoir en sciences infirmières, notamment dans le domaine de la violence faite aux femmes. La compréhension d'une expérience dans le domaine humain et dans celui de la santé nécessite une assise de connaissances qui dépasse les limites de l'établissement d'une relation de cause à effet, de la collecte de données quantitatives et de la réalisation d'études d'intervention. Bien que chacune d'entre elles soit jugée utile, ces formes de connaissance ne constituent pas l'ensemble exhaustif des connaissances souhaitées ou actuelles en sciences infirmières. Au contraire, il est nécessaire de tenir compte des nuances et des particularités des réalités de la vie de tous les jours. De telles connaissances incluent les contextes sociaux et politiques plus généraux qui forment l'expérience générale en matière de santé et l'expérience plus spécifique de la violence. Jusqu'à présent, les connaissances liées à la violence faite aux femmes ont été en grande partie obtenues à l'aide de différentes méthodologies de recherche, notamment des méthodes qualitatives (témoignages) et quantitatives (chiffres). Compte tenu de l'importance que le groupe d'élaboration accorde tant aux témoignages qu'aux chiffres, plusieurs sources de connaissance ont été utilisées pour inspirer l'élaboration de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Le système des *Niveaux de preuve* a été utilisé à la lumière de ces considérations.

Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO/AIIO), grâce au financement accordé par le gouvernement de l'Ontario, a entrepris un projet s'échelonnant sur plusieurs années visant à élaborer, à mettre à l'essai, à évaluer et à diffuser des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. La présente Ligne directrice s'inscrit dans le cadre du domaine prioritaire de la santé mentale, de la gérontologie, des soins de santé à domicile, des soins de santé primaires et des soins d'urgence. Cette Ligne directrice a été élaborée par un comité pluridisciplinaire qui a été réuni par la RNAO/AIIO et qui a mené ses travaux sans tenir compte de biais ni d'influences de la part du gouvernement de l'Ontario.

Objet et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon systématique destinés à aider les praticiens et les clients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990)

L'objectif global de la présente Ligne directrice est de faciliter les activités de routine effectuées par les infirmières et infirmiers de tous les milieux de pratique pour le dépistage généralisé de la violence faite aux femmes. Il s'agit ici d'accroître les possibilités de signalement, de manière à favoriser la santé, le bien-être et la sécurité des femmes. Grâce à ses approches et à ses recommandations axées sur les données probantes, la présente Ligne directrice offre aux infirmières et infirmiers une palette de méthodes qui peuvent être adaptées à divers milieux de pratique.

Le champ d'activité de cette Ligne directrice concerne le dépistage des violences faites aux femmes par des partenaires intimes. Cette Ligne directrice inclut toutes les femmes de 12 ans et plus qui ont des partenaires intimes. Les paramètres suivants sont spécifiés :

- Qui doit être chargé du dépistage,
- Quels éléments doivent être inclus dans le dépistage et
- Comment et dans quelles circonstances le dépistage doit avoir lieu.

Bien qu'il soit reconnu que les hommes peuvent eux aussi être victimes de la violence de partenaires intimes, l'incidence, la nature et les répercussions de cette violence est plus grave pour les femmes.

Bien que la présente Ligne directrice ait été élaborée principalement pour le personnel infirmier autorisé (inf. aut.) et le personnel infirmier auxiliaire autorisée (inf. aux. aut.), elle peut également être utilisée par d'autres professionnels de la santé. De plus, les recommandations fournies dans cette Ligne directrice sont conformes aux lois et aux règlements actuels, notamment à la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* de l'Ontario, au *Code criminel* du Canada, ainsi qu'à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* de l'Ontario. Bien que cette Ligne directrice puisse être utilisée à l'extérieur de l'Ontario, il est conseillé de consulter préalablement les lois et les règlements de la province concernée.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Cette Ligne directrice est axée sur : des *Recommandations relatives à la pratique*, destinées à aider les praticiens et les clients à prendre des décisions, des *Recommandations relatives à la formation*, destinées à favoriser l'acquisition des compétences que les infirmières et infirmiers doivent posséder, et des *Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements*, qui portent sur l'importance des appuis fournis par le milieu de pratique pour favoriser la prestation de soins infirmiers de haute qualité, ce qui inclut une évaluation continue de la mise en place de la Ligne directrice. Ces recommandations sont présentées à la suite d'une description des termes et des notions pertinents et d'une présentation des raisons qui justifient l'élaboration de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Il est reconnu que les compétences individuelles des infirmières et infirmiers varient d'une personne à l'autre et d'une catégorie professionnelle à l'autre (inf. aut. et inf. aux. aut.) et qu'elles sont fondées sur les connaissances, les compétences, les attitudes, la capacité d'analyse critique et les compétences décisionnelles, que l'expérience et la formation viennent perfectionner au fil du temps. Chaque infirmière ou infirmier effectuera des activités de dépistage de la violence faite aux femmes conformément à sa formation et à son expérience. Il est attendu que les infirmières et infirmiers doivent consulter des personnes compétentes dans les cas où les besoins du client en matière de soins dépassent leur capacité d'agir de façon autonome. L'efficacité des soins dépend d'une méthode pluridisciplinaire coordonnée qui intègre une communication continue entre les professionnels de la santé et les clients, dans un souci constant des préférences personnelles et des besoins uniques de chaque client.

Processus d'élaboration de la Ligne directrice

En janvier 2004, un groupe pluridisciplinaire de professionnels de la santé, qui avaient de l'expérience en pratique, en formation et en recherche dans le domaine de la violence faite aux femmes, a été mis sur pied sous l'égide de la RNAO/AIIO. Ce groupe a formulé le champ d'activité de cette Ligne directrice grâce à un processus de discussion et d'atteinte d'un consensus. Il a été décidé que les travaux porteraient sur le dépistage et l'identification des femmes ayant subi des violences et sur les interventions initiales en réaction à ces cas.

Vingt-quatre lignes directrices liées à la violence faite aux femmes ou à la violence familiale ont été retenues à la suite d'un travail de recherche systématique dont les détails sont fournis à l'annexe A. Ces lignes directrices ont été examinées à la lumière d'un ensemble de critères d'inclusion, ce qui a permis l'élimination de dix lignes directrices. Ces critères étaient les suivants :

- La ligne directrice était rédigée en anglais.
- La date indiquée sur la ligne directrice était ultérieure à 1999.
- La ligne directrice traitait uniquement du sujet en question.
- La ligne directrice était fondée sur des données probantes.
- La ligne directrice était accessible et il était possible de la récupérer.
- La ligne directrice avait été élaborée pour des populations similaires à celle du Canada.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Les 14 lignes directrices restantes ont fait l'objet d'un examen critique visant à déterminer les lignes directrices actuelles qui sont à jour, qui ont été élaborées avec rigueur, qui sont fondées sur des données probantes et qui portent sur le champ d'activité formulé par le groupe d'élaboration pour la ligne directrice envisagée. La qualité de ces 14 lignes directrices sur la pratique clinique a été évaluée au moyen de l'*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument* (AGREE Collaboration, 2001). Ce processus a mené à la décision d'orienter les travaux principalement sur cinq lignes directrices actuelles, à savoir :

1. Department of Health (DH). (2000). *Domestic violence : A resource manual for health care professionals*. Disponible à : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>
2. Education Centre Against Violence (ECAV). (2001). *Routine screening for domestic violence in NSW health : An implementation package*. Parramatta : auteur.
3. Family Violence Prevention Fund (FVPF). (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Disponible à : <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>
4. Santé Canada. (1999a). Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : Lignes directrices à l'intention des médecins . Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fv-2003-famvioprofil_f.pdf
5. Middlesex-London Health Unit (MLHU). (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario : auteur.

Le groupe d'élaboration s'est séparé en sous-groupes pour procéder à des activités spécifiques sur le groupe de lignes directrices retenues, sur d'autres publications spécialisées et sur des ressources supplémentaires aux fins de la rédaction de recommandations sur les interventions du personnel infirmier. Ce processus a permis l'obtention d'un ensemble initial de recommandations. Les membres de l'ensemble du groupe d'élaboration ont examiné ces recommandations et discuté des lacunes et des éléments de preuve disponibles, pour en arriver à un consensus sur une version de travail de la Ligne directrice.

Ce document de travail a été présenté à 69 parties prenantes externes afin que celles-ci l'examinent et formulent leurs remarques à son sujet. Une déclaration de ces lecteurs est reproduite au début du présent document. Les parties prenantes étaient issues de différentes disciplines de la santé, de groupes de clients et de familles de clients, ainsi que d'associations professionnelles. Les parties prenantes externes ont reçu des questions spécifiques auxquelles leurs remarques devaient répondre. Elles ont également eu l'occasion de formuler leur avis global et leurs impressions générales. Quarante-cinq parties prenantes ont remis des remarques et des suggestions au groupe d'élaboration, ce qui constitue un taux de réponse de 65 p. 100. Pour chacune des recommandations, le taux d'approbation de la recommandation a été calculé. Parmi les 45 répondants, le taux d'approbation variait de 90 à 100 p. 100 selon la recommandation. Les résultats définitifs des réactions des parties prenantes ont été rassemblés et examinés par le groupe d'élaboration. Les discussions qui se sont ensuivies et le consensus obtenu ont mené à certaines modifications dans le document de travail avant sa publication.

Définitions des termes

Définitions générales

Lignes directrices sur la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires : Énoncés élaborés de façon systématique destinés à aider les praticiens et les clients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés dans des situations cliniques (de pratique) particulières (Field et Lohr, 1990).

Consensus : Démarche utilisée afin de prendre des décisions. Il ne s'agit pas d'une méthode scientifique permettant de créer de nouvelles connaissances. Au mieux, le fait de chercher un consensus ne fait que tirer le meilleur parti possible des renseignements disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et coll., 1999).

Recommandations relatives à la formation : Déclarations sur les exigences didactiques, ainsi que sur les démarches et les méthodes de formation, en vue de l'instauration, de la mise en place et du maintien durable des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : Déclarations sur les conditions que doit réunir le milieu de pratique pour permettre la mise en place réussie d'une ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions de réussite relèvent en grande partie de chaque milieu de pratique, bien qu'elles puissent aussi avoir des implications à plus grande portée, comme les règlements du gouvernement ou ceux de la société en général.

Recommandations relatives à la pratique : Déclarations sur les pratiques exemplaires qui traitent de la pratique des professionnels de la santé et qui sont fondées sur des données probantes.

Définitions propres à cette ligne directrice

Violence faite aux femmes : Il existe plusieurs définitions de la violence faite à une femme dans une relation qui la lie à un partenaire intime. Pour les besoins de la présente Ligne directrice, on a retenu une définition générale de la violence faite aux femmes, définition qui donne à ce phénomène une interprétation exhaustive tout en tenant compte de la dynamique de la violence entre partenaires intimes. Cette définition est formulée comme suit, telle qu'elle a été élaborée par Reynolds et Schweitzer (1998) pour le London Abused Women's Centre :

[La violence faite aux femmes est] « [Traduction] le fait de recourir intentionnellement et systématiquement à des tactiques visant à établir et à maintenir un pouvoir et un contrôle sur les pensées, les convictions et la conduite d'une femme par la peur et/ou la dépendance. Ces tactiques incluent notamment – sans toutefois s'y limiter – les violences psychologiques, financières, physiques et sexuelles, ainsi que l'intimidation, l'isolement, les menaces et l'utilisation d'enfants ou d'un statut ou privilège social. [...] La violence faite aux femmes inclut l'ensemble de tous les actes de violence antérieurs et l'annonce de violences futures, annonce qui permet d'accroître le pouvoir et le contrôle de l'auteur des violences sur son partenaire. [...] Les comportements violents ne sont pas le résultat de défauts individuels, personnels ou moraux, de lacunes intellectuelles, d'une dépendance, de maladies mentales, de la pauvreté, du comportement de l'autre personne ou d'événements externes. » (Page 3.)

Cette définition précise certains aspects de la définition contenue dans la *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes* (1993) des Nations Unies.

Une illustration de la dynamique du pouvoir et du contrôle peut être consultée à l'*Annexe B*.

Dépistage : Le groupe d'élaboration a déterminé de façon consensuelle que le terme « dépistage », dans le contexte du dépistage de la violence faite aux femmes, signifie l'intégration de questions sur la violence dans le cadre des antécédents médicaux d'un client, voire l'intégration d'instruments de dépistage validés dans le processus d'évaluation et de détermination des antécédents.

Le dépistage généralisé renvoie aux caractéristiques du groupe qui doit faire l'objet du dépistage. Un dépistage est généralisé lorsque chaque femme de plus d'un certain âge spécifique est interrogée par le personnel infirmier sur les violences qu'elle a pu subir.

Le dépistage de routine est une notion qui renvoie à la fréquence à laquelle le dépistage est réalisé. Le dépistage de routine est réalisé à intervalles réguliers, sans tenir compte de la présence ou de l'absence de signes de violence.

Le dépistage axé sur des indicateurs renvoie à une pratique de dépistage où les infirmières et infirmiers observent un ou plusieurs indicateurs portant à penser qu'une femme a pu subir des violences avant de questionner cette femme sur le ou les indicateurs.

L'approche la plus exhaustive est celle qui marie le dépistage de routine et le dépistage généralisé. Cette approche est préconisée tout au long de la présente Ligne directrice.

Intervention initiale : Un ensemble de mesures prises par le personnel infirmier en réaction au signalement de violences. Voici ces réactions :

- Reconnaître la violence,
- Confirmer l'expérience de la femme en question,
- Évaluer la sécurité immédiate,
- Examiner les possibilités actuelles,
- Donner les coordonnées de services pour femmes victimes de violence si elle en fait la demande et
- Documenter l'interaction.

Contexte

Justification d'une ligne directrice sur le dépistage de la violence faite aux femmes

Importance du problème

Les estimations sur la violence faite aux femmes présentent des portraits variés; ils sont partiellement fonction des définitions utilisées, des questions posées et des formes retenues pour poser ces questions (par ex. : les questionnaires, les sondages, etc.). Entre autres facteurs qui contribuent au manque d'uniformité dans les taux de prévalence, citons notamment les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, la nature et le contexte de la violence exercée, ainsi que le moment – actuel ou antérieur – de cette violence (Cohen & Maclean, 2003). De la même manière, la présence ou l'absence d'un contexte sociopolitique permettant aux femmes de désigner la violence dans leur vie – et qui les encourage à le faire – ont une influence sur les taux de signalement.

Dans la déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (2002b), on peut lire que « [Traduction] la violence est l'un des premiers problèmes de santé publique au monde » (p. 2). Pour sa part, Malecha (2003) ajoute que « [Traduction] la violence entre les partenaires intimes est l'une des plus fréquentes formes de violence contre les femmes » (p. 315). De « [Traduction] 17 à 30 p. 100 de toutes les femmes qui reçoivent des traitements aux services des urgences des hôpitaux sont victimes de violence familiale » (Taket et coll., 2003, p. 673).

Selon les premiers commentateurs, chaque année, environ une femme sur dix subissait des actes de violence de son partenaire intime. Des sondages canadiens ultérieurs ont toutefois révélé que les chiffres réels sont beaucoup plus élevés que ces premières estimations. L'*Enquête sur la violence envers les femmes* de 1993 (Statistique Canada, 1994) indiquait que sur les 12 300 femmes interrogées, 25 p. 100 des femmes de 16 ans et plus signalaient avoir été victime de la violence d'un partenaire intime et 10 p. 100 avaient été agressées au moins une fois au cours des 12 mois précédents. Selon l'*Enquête sociale générale* (Statistique Canada, 2000) de 1999, 8 p. 100 des femmes et 7 p. 100 des hommes avaient subi la violence d'un partenaire intime au cours des cinq années qui avaient précédé le sondage. Bien que ces derniers chiffres semblent indiquer une diminution de la violence à l'encontre des femmes, il est particulièrement pertinent de souligner que les femmes qui ont participé à ce sondage ont signalé des formes de violence plus graves et aux conséquences plus lourdes que celles signalées par les hommes (Pottie Bunge et Locke, 2000). De plus, plusieurs des personnes qui pourraient être considérées comme étant les plus vulnérables ont été exclues du sondage, à savoir : les personnes du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, les personnes qui ne possèdent pas le téléphone et les personnes itinérantes (Cohen et Maclean, 2003).

Feldhaus et coll. (1997) affirment que les menaces, l'intimidation et les coups dégénèrent avec le temps et que « [Traduction] le fait qu'une femme soit battue sans répit mène à l'homicide » (p. 1357). La violence n'a pas de frontières. Aucun groupe culturel ou ethnique, aucun mode de vie, aucun profil d'études et aucun groupe socioéconomique n'est épargné. Malgré tout, il importe de garder à l'esprit que « [Traduction] le mal touche les personnes les plus vulnérables » (Graham, 2000, p. 33), notamment – mais pas seulement – les lesbiennes, les mères de familles monoparentales, les femmes qui ont des problèmes de santé mentale, les femmes handicapées et les femmes âgées (Butterworth 2004; Eckert, Sugar et Fine, 2002; Graham, 2000; Larkin, Hyman, Mathias, D'Amico et MacLeod, 1999; McClennen, Summers et Daley, 2002; McFarlane et coll., 2001).

Dans la présente Ligne directrice, le groupe d'élaboration recommande que le dépistage soit utilisé pour toutes les femmes âgées de 12 ans et plus. La pratique du dépistage chez les jeunes femmes est justifiée par les statistiques actuelles sur la fréquence de la violence dans les relations sentimentales. Selon les résultats d'un sondage canadien, 8 p. 100 des personnes interrogées de sexe féminin ont signalé avoir été, au cours de leurs études secondaires, menacées par leur partenaire de recours à la force si elles refusaient des rapports sexuels; 14 p. 100 ont signalé avoir été forcées à des actes sexuels; 50 p. 100 ont signalé avoir souffert psychologiquement et 9 p. 100 ont dit que leur partenaire les avait blessées physiquement (DeKeseredy et Schwartz, 1998). Chez les jeunes gens qui se fréquentent, bien que certains chercheurs aient suggéré que les taux de violences, de persécutions et de délits sont comparables chez les jeunes hommes et les jeunes femmes, il est généralement accepté que ces conclusions puissent être attribuables à des restrictions méthodologiques liées au fait que l'attention est portée sur le nombre d'actes violents, plutôt que sur le contexte et les conséquences de la violence. Comme c'est le cas chez les femmes âgées, la violence faite aux femmes plus jeunes a généralement des conséquences plus durables et plus graves que la violence faite aux hommes.

L'importance du problème est encore plus manifeste dans les rapports suivants : *La violence familiale au Canada : un profil statistique* (Statistique Canada, 2004) et *l'Enquête sociale générale* (Statistique Canada, 2000). Selon Statistique Canada (2004), l'analyse des données fournies par 94 services de police interrogés dans l'ensemble du Canada révèle que les femmes demeurent encore considérablement plus nombreuses parmi les victimes d'agression par un conjoint ou un partenaire. Les victimes de 85 p. 100 des cas signalés de violence conjugale étaient des personnes de sexe féminin; des conjoints étaient impliqués dans la moitié de tous les homicides familiaux, 62 p. 100 d'entre ceux-ci ayant pour victimes des personnes de sexe féminin tuées par des conjoints de sexe masculin actuels ou antérieurs. Il s'agit d'un chiffre trois fois supérieur au nombre d'hommes tués par leur conjoint.



La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

L'*Enquête sociale générale* (Statistique Canada, 2000) confirme également ces renseignements en démontrant que, lorsque des femmes ont été comparées à des hommes, elles étaient :

- sept fois plus susceptibles d'être victimes d'agressions sexuelles (20 p. 100 contre 3 p. 100),
- trois fois plus susceptibles de signaler des blessures physiques (40 p. 100 contre 13 p. 100) et cinq fois plus susceptibles de nécessiter des soins médicaux à la suite d'un incident violent,
- plus susceptibles de craindre pour leur vie (38 p. 100 contre 7 p. 100) et
- plus susceptibles d'être tuées par une personne avec laquelle elles ont eu des rapports intimes (52 p. 100 contre 8 p. 100).

Les estimations sur la violence faite aux femmes en Ontario sont tout aussi convaincantes. Certaines des conclusions de *The Women's Safety Project* (Randall et Haskell, 1995) révèlent que selon le type de violence spécifiquement mesuré, de 27 à 51 p. 100 des femmes ont subi un ou plusieurs incidents de mauvais traitements physiques ou sexuels.

L'Hôpital régional de Sudbury, en Ontario, a réalisé une étude de cohorte dans le cadre de laquelle un échantillon aléatoire de femmes âgées de 16 ans et plus a fait l'objet d'entrevues dans un service des urgences afin de déterminer l'incidence et la fréquence de la violence. Parmi les 983 femmes interrogées, 51 p. 100 ont signalé avoir subi la violence d'un partenaire intime au cours de leur vie et 26 p. 100 ont signalé avoir subi des violences au cours de l'année précédente (Cox et coll., 2004).

L'Hôpital communautaire de Cornwall, en Ontario, procède actuellement à la mise en œuvre d'un programme de dépistage dans la salle des urgences et à l'élargissement du programme à l'ensemble de l'hôpital. Ce programme inclut la formation obligatoire du personnel de la salle d'urgence. Le dépistage est réalisé par des infirmières et infirmiers autorisés pour toute personne de 16 ans et plus. L'évaluation du programme a permis de déterminer des taux de signalement de violence de 4,8 p. 100, 611 clients ayant révélé des violences. Malgré son faible taux de signalement, ce nouveau programme a permis d'atteindre d'autres résultats, notamment la collaboration de la collectivité et des demandes d'information présentées par des clients et des membres du personnel. Manifestement, il s'agit encore d'un important problème de santé publique.

Conséquences de la violence faite aux femmes

Conséquences pour la santé

Les conséquences de la violence faite aux femmes pour la santé physique et mentale sont profondes et durables. Même chez les femmes qui sont à même d'abandonner une relation violente, les conséquences persistent souvent longtemps après que cette violence ait pris fin et, dans certains cas, elles se prolongent tout au long de la vie de ces femmes (Felitti et coll., 1998). En général, les conclusions des travaux de recherche portent à penser que plus la violence est prolongée et grave, plus ses répercussions sont importantes sur la santé physique et mentale d'une femme (Leserman et coll., 1996). De plus, il existe des éléments de preuve indiquant que les répercussions de différents types de violence et de plusieurs épisodes de violence s'accumulent avec le temps (Malecha, 2003). Les femmes qui ont subi des violences présentent un grand nombre de résultats cliniques physiques et psychologiques indésirables. Les femmes victimes de violence ont davantage de symptômes physiques, elles ont plus fréquemment recours à des services de santé, elles sont plus susceptibles de souffrir de douleur chronique, leurs taux de dépression, d'anxiété, de faible estime de soi, de tentatives de suicide et d'épisodes de violence pendant la grossesse sont plus élevés et

elles ont davantage de complications liées à la grossesse (Malecha, 2003). Les femmes qui subissent des violences sont également plus susceptibles de qualifier leur santé physique et mentale de normale à mauvaise (Coker, Bethea, Smith, Fadden et Brandt, 2002). Bien qu'il n'y ait pas de travaux de recherche réalisés dans le but d'établir un lien de causalité entre les violences et les effets sur la santé, les associations entre celles-ci et ceux-la sont prononcées et convaincantes. Un traitement complet de la question des effets de la violence sur la santé dépasserait les limites de la présente Ligne directrice. Un résumé des résultats les plus saillants peut néanmoins être consulté dans le Tableau 1.

TABLEAU 1 : Conséquences médicales de la violence faite aux femmes

Physiques		
Blessures abdominales et thoraciques	Marques et ecchymoses	Syndrome de douleur chronique
Incapacité	Fibromyalgie	Troubles gastro-intestinaux
Syndrome du côlon irritable	Lacérations et éraflures	Lésions oculaires
Fonctionnalité physique diminuée		
Répercussions sexuelles et sur le système reproductif		
Troubles gynécologiques	Stérilité	Infection génitale haute
Troubles sexuels	Avortements dangereux	Complications de grossesse
Grossesses non désirées	Maladies transmissibles sexuellement, y compris le VIH/SIDA	
Répercussions psychologiques et sur le comportement		
Abus d'alcool et de drogues	Dépression et anxiété	Tabagisme
Troubles de l'alimentation et du sommeil	Sentiments de honte et de culpabilité	Faible estime de soi
Phobies et troubles paniques	Inactivité physique	Troubles psychosomatiques
États de stress post-traumatique	Comportement suicidaire et automutilatoire	
Comportement sexuel à risque	Abus de substances	
Répercussions fatales sur la santé		
Mortalité liée au SIDA	Mortalité liée à la maternité	Homicide et suicide

Adapté de : Organisation mondiale de la Santé (2002a). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : auteur.

Conséquences économiques

Les coûts économiques associés à la violence faite aux femmes sont bouleversants et constituent un fardeau énorme pour la société, que ce soit en perte de productivité ou en accroissement des besoins en services médicaux et sociaux. Selon un rapport publié par Santé Canada (2002), les coûts de la violence, qui sont mesurables, liés à la santé sont estimés à plus de 1,5 milliard de dollars par année. Ces coûts incluent le traitement médical et dentaire à court terme des blessures, les soins physiques et psychologiques à long terme, la perte d'heures de travail et le recours à des foyers de transition et à des centres détresse-secours. Ce chiffre est compatible avec un rapport antérieur préparé par le Centre for Research on Violence Against Women and Children, où les coûts médicaux de la violence faite aux femmes avaient été estimés à 1,54 milliards de dollars par année (Day, 1995).

Bien que la violence n'empêche pas spécifiquement les femmes d'avoir un emploi, des éléments de preuve indiquent une diminution des revenus chez les femmes qui ont subi des violences, de même qu'une plus grande difficulté à conserver un emploi stable. Des recherches aux États-Unis ont démontré que les femmes

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

qui ont des antécédents de violence, comparativement aux femmes qui n'ont pas subi de violences, ont des périodes de chômage plus fréquentes, un revenu personnel moins élevé, un taux de changement d'emploi plus élevé et davantage de problèmes de santé physique et mentale qui ont des répercussions sur leur rendement au travail, en plus d'être plus susceptibles de recevoir l'aide sociale (Lloyd et Taluc, 1999).

Outre les coûts économiques directs associés à la violence faite aux femmes, il y a des coûts indirects, notamment un recours accru aux services de santé immédiatement après la violence et dans le cadre de ses suites à long terme. Les femmes qui ont subi une agression physique ou sexuelle pendant l'enfance ou à l'âge adulte subissent des chirurgies plus nombreuses, font un plus grand nombre de consultations de fournisseurs de soins, sont hospitalisées plus souvent et font un plus grand nombre de consultations psychiatriques comparativement aux femmes qui n'ont pas été victimes d'agressions similaires (Leserman et coll., 1996).

Répercussions sur les enfants

La question de savoir combien d'enfants sont témoins de violences faites à leurs mères est complexe et sujette à des controverses, et ce, pour plusieurs raisons conceptuelles et procédurales. Un traitement approfondi de ces raisons dépasse le cadre de la présente ligne directrice. Citons toutefois la plus importante, le fait qu'il n'y a pas d'études transversales nationales au Canada ou aux États-Unis qui mesurent directement le nombre d'enfants exposés à la violence à la maison. Dans un sondage réalisé récemment sur le développement des enfants à l'échelle nationale, des parents devaient indiquer à combien de reprises leurs enfants âgés de 2 à 11 ans avaient été témoins de violences commises à la maison par un parent ou par un frère ou une sœur plus âgé. Ces parents ont signalé que 8,6 p. 100 ou quelque 330 000 enfants ont été témoins de violence à la maison, sous une forme ou une autre (Human Resources Development Canada, 1996). Rodgers (1994) signale que des enfants canadiens étaient présents lors de près de 40 p. 100 des cas de voies de fait à l'encontre d'une épouse, que les femmes craignaient pour leur vie dans environ 52 p. 100 de ces cas et que 61 p. 100 des attaques dont des enfants avaient été témoins avaient entraîné des blessures graves chez ces femmes.

Les recherches sur les enfants qui sont témoins de violences à l'encontre de leurs mères contiennent des éléments de preuve convaincants sur le fait que plusieurs de ces enfants – mais pas tous – sont exposés à plusieurs des risques de problèmes physiques, psychologiques et comportementaux dont souffrent les enfants qui subissent eux-mêmes des violences (Berman, Hardesty et Humphreys, 2003; Graham-Berman et Edleson, 2001; Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990). Il est important de souligner que ce ne sont pas tous les enfants qui subissent des répercussions négatives à long terme et que plusieurs d'entre eux présentent diverses aptitudes et semblent avoir une résistance remarquable. Le Tableau 2 résume l'ensemble des réactions négatives possibles. À l'âge adulte, les enfants issus de foyers violents font souvent l'expérience de la violence dans leurs relations ultérieures (Graham-Berman et Edleson, 2001).

TABLEAU 2 : Conséquences médicales de la violence faite aux femmes chez les enfants

Répercussions physiques	Répercussions psychologiques et sur le comportement
Allergies Infections respiratoires Symptômes somatiques (par ex. : céphalées) Troubles gastro-intestinaux (par ex. : nausées, diarrhée) Troubles du sommeil (par ex. : cauchemars, incontinence urinaire nocturne) Problèmes d'élocution, d'ouïe et de vision	Dépression et anxiété Préoccupations et frustrations Faible estime de soi Allergies Infections des voies respiratoires Troubles liés au stress Hyperactivité États de stress post-traumatique Aptitudes sociales faibles Davantage d'agressions d'adultes et d'autres enfants Problèmes d'attachement Mauvais rendement scolaire Abus de substances Comportement suicidaire et d'automutilation Infractions

Source : Berman, H., Hardesty, J. et Humphreys, J. (2003). « Children of abused women. » In J. Humphreys et J. C. Campbell (rédacteurs), *Family violence and nursing practice* (p. 150-187). Philadelphie : Lippincott.

Pourquoi les infirmières et infirmiers doivent-ils procéder au dépistage de la violence?

Les infirmières et infirmiers sont bien placés pour procéder au dépistage de la violence faite aux femmes car elles sont abordables, elles inspirent aux membres du public un degré élevé de confiance et elles travaillent dans différents types de milieux. Le personnel infirmier a des contacts avec des femmes qui connaissent le stress et la maladie, voire des périodes de transitions dans leur développement : adolescence, grossesse, maternité. Les infirmières et infirmiers font appel à un cadre holistique de promotion de la santé qui inclut des méthodes de responsabilisation et de défense des droits des clientes (Ross, 2002). Cette démarche revêt une importance particulière lors des interventions auprès des femmes qui ont subi des violences. Il est essentiel de soutenir une femme qui a subi des violences dans les choix qu'elle fait afin de ne pas reproduire une relation de contrainte et de contrôle.

Les infirmières et infirmiers sont souvent les premiers membres des équipes de soins de santé à entrer en contact avec les femmes qui ont subi des violences (Malecha, 2003) : ils doivent donc posséder les connaissances et les aptitudes nécessaires pour procéder au dépistage et réagir de façon adéquate et efficace (Davidson et coll., 2001; Malecha, 2003).

Le rôle du personnel infirmier consiste à :

- Poser la question,
- Reconnaître la violence,
- Confirmer l'expérience de la femme en question,
- Évaluer la sécurité immédiate,
- Examiner les possibilités actuelles,
- Donner les coordonnées de services pour femmes victimes de violence si elle en fait la demande et
- Documenter l'interaction.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Les infirmières et infirmiers sont susceptibles d'hésiter, pour diverses raisons, à procéder à un dépistage. Il faut néanmoins garder à l'esprit que leur travail s'inscrit dans le cadre d'une intervention intégrée de la collectivité. L'infirmière ou l'infirmier n'est pas le seul responsable de l'élaboration d'un plan d'action complet. Dans la plupart des collectivités et des milieux de soins, au moment même où des connaissances et des aptitudes de sciences infirmières sont mises à profit pour la détermination et l'intervention initiale, des personnes qui ont reçu une formation spéciale ou des défenseurs des droits des femmes peuvent assister le personnel infirmier ou la femme concernée. Le principal processus à adopter consiste à déterminer la violence et à aiguiller la femme vers des services spécialisés – dans les cas où cela correspond à son choix.

Justification du dépistage généralisé de routine

Le groupe d'élaboration reconnaît qu'il n'y a pas de consensus en faveur d'une démarche généralisée par rapport à l'utilisation des méthodes axées sur des indicateurs pour les fournisseurs de soins qui procèdent au dépistage de la violence faite aux femmes. Certaines lignes directrices du Canada (MLHU, 2000; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (PPESO), 2004), de la Nouvelle-Zélande (Ministry of Health, 2002) et des États-Unis (Family Violence Prevention Fund (FVPF), 2004) ont été examinées pour les besoins de la présente Ligne directrice. Chacun de ces documents préconise le dépistage généralisé dans certains milieux de pratique. Par contre, des travaux d'examen d'éléments de preuve réalisés par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Wathen et MacMillan, 2003) et le U.S. Preventive Services Task Force (Nelson, Nygren et McInerney, 2004) ont conclu qu'il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander ou déconseiller le dépistage généralisé. En plus de ces documents, le groupe d'élaboration a également tenu compte d'études qualitatives et quantitatives, d'évaluations de programmes, de données empiriques et d'opinions d'experts, y compris celles de femmes ayant elles-mêmes subi des violences, avant d'en arriver à des recommandations de dépistage généralisé de routine.

Cette conclusion est fondée sur un cadre d'analyse qui présente quatre différences importantes par rapport au cadre de l'examen systématique des éléments de preuve (Nelson et coll., 2004; Wathen et MacMillan, 2003) :

- 1) les résultats du dépistage,
- 2) le recours à des outils validés,
- 3) le recours à des essais cliniques aléatoires
- et 4) les dommages potentiels.

Chacune de ces différences est présentée brièvement ci-dessous.

En premier lieu, du point de vue des résultats, le Groupe d'étude canadien et le U.S. Task Force ont tous deux recours à la « réduction de la violence » comme mesure des résultats. Le groupe d'élaboration, quant à lui, a adopté une démarche de réduction des dommages (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Des recommandations compatibles avec cette démarche ont été proposées et ont fait l'objet d'un accueil favorable généralisé pour de nombreux autres problèmes sociaux qui ont des répercussions médicales. C'est notamment le cas pour les problématiques de la consommation de tabac et d'alcool et des conseils aux femmes enceintes (FVPF, 2004; Nelson et coll., 2004). Il s'agit d'aider les femmes à passer de l'étape de la *précontemplation* (« je n'ai pas de problème ») à celle de la *contemplation* (« peut-être ai-je un problème »), voire à celle de la *préparation* (« J'ai un problème; que puis-je faire pour le régler? ») (Prochaska et coll., 1992). Dans cette optique, le dépistage donne aux femmes des occasions de signaler des violences dans leur vie et d'en parler.

Deuxièmement, ces deux revues systématiques portaient sur des outils normalisés, dont ils évaluaient l'exactitude dans la détection de la violence. Bien que chaque membre du personnel infirmier ou établissement puisse décider d'utiliser un outil normalisé (et certains outils de ce type sont fournis dans le présent document), le groupe d'élaboration accorde une grande valeur à l'entrevue réalisée à des fins d'évaluation et de consignation des antécédents thérapeutiques, au comportement et aux aptitudes de l'infirmière ou de l'infirmier, ainsi qu'à la généralisation du fait de poser la question. De plus, le groupe d'élaboration reconnaît et appuie le droit qu'ont les femmes de décider si elles signaleront la violence. Le fait de ne pas la signaler n'est pas perçu comme un échec dans le processus de dépistage. Même lorsqu'une femme ne se décide pas à le faire, le dépistage constitue en lui-même une indication que le personnel infirmier est disposé à offrir son aide d'une façon sûre et confidentielle. Ce processus favorise l'établissement d'une relation de confiance et accroît la probabilité d'un signalement ultérieur.

Troisièmement, tel qu'indiqué ci-dessus, le groupe d'élaboration a fondé ses recommandations sur un ensemble de sources de connaissances diverses. L'absence d'essais cliniques aléatoires n'est pas considérée comme une lacune dans les documents spécialisés consacrés au dépistage. L'opinion du groupe d'élaboration à propos de la hiérarchie des niveaux de preuve est indiquée ci-dessus (voir la section *Interprétation des données probantes*, p. 12).

Enfin, le groupe d'élaboration a tenu compte des avantages qu'offre le dépistage généralisé de routine du point de vue des dommages susceptibles d'être subis. Voici certains de ces avantages :

- Davantage d'occasions où les femmes peuvent signaler la violence,
- Davantage d'occasions où les infirmières et infirmiers peuvent déterminer des femmes qui ont subi des violences,
- Établissement de liens entre la violence et les répercussions sur la santé, de manière à faire de la violence une préoccupation médicale légitime,
- Détermination des répercussions de la violence sur la santé et interventions précoces,
- Possibilité d'éviter de stigmatiser les victimes en posant à toutes les femmes des questions sur la violence,
- Réduction du sentiment d'isolement que connaissent les femmes qui ont subi des violences,
- Création d'occasions de venir en aide aux enfants de femmes qui ont subi des violences,
- Diffusion d'un message clair sur le fait que la violence n'est pas acceptable,
- Possibilité d'informer les femmes sur les services pour femmes victimes de violence et sur les autres solutions disponibles et
- Promotion de la santé au sein des collectivités.

Pour en arriver à sa recommandation d'un dépistage généralisé de routine, le groupe d'élaboration a pris ces avantages en compte du point de vue des dommages susceptibles d'être associés au dépistage. D'après les connaissances actuelles, nos conclusions sont conformes à celles du Family Violence Prevention Fund's Research Committee (2004), qui affirme à propos du dépistage : « [Traduction] nous n'avons connaissance d'aucun travail de recherche portant à penser que des évaluations et/ou des interventions réalisées en milieu de soins seraient nuisibles pour les clients » (p. 5). De plus, le fait d'omettre la mise en œuvre du dépistage généralisé de routine pourrait mener à des répercussions plus graves sur la santé des femmes qui ont subi des violences, y compris le fémicide (Coker et coll., 2002; Sharps et coll., 2001).

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Le groupe de discussion s'est également penché sur l'idée de substituer au mot « dépistage » le terme « évaluation de comportement » afin de distinguer notre cadre de travail à un modèle médical plus traditionnel, dont s'inspirent les rapports des groupes d'étude du Canada et des États-Unis. En définitive, le terme « dépistage » a été maintenu parce qu'il s'agit actuellement du mot le plus fréquemment utilisé et le mieux compris.

Pour conclure, en se fondant sur l'ensemble des connaissances et des pratiques actuelles, les membres du groupe d'élaboration soutiennent que le dépistage généralisé de routine, *de concert avec* une formation complète dispensée aux membres du personnel et avec l'appui soutenu de l'établissement et de la direction, constitue la meilleure des pratiques actuelles. Comme c'est le cas pour toute ligne directrice sur les pratiques exemplaires, ces recommandations seront examinées et révisées au fur et à mesure que de nouveaux éléments de preuve deviendront disponibles.



Recommandations relatives à la pratique

Recommandation 1.0

Dans tous les milieux de soins médicaux, les infirmières et infirmiers mettent en place des activités de routine pour le dépistage généralisé de la violence faite aux femmes.

Niveau de la preuve = IIb

Discussion sur les données probantes

Comme on l'a vu, la violence faite aux femmes est un problème de santé important dont les conséquences médicales sont graves. Le système de santé joue un rôle important dans la détermination et la prévention des problèmes de santé publique. Le dépistage généralisé de routine, s'il est axé sur l'identification précoce de la violence faite aux femmes sans restriction aux seuls cas où des symptômes immédiats sont apparents, est l'un des principaux points de départ de cette démarche améliorée de la pratique des soins de santé dans le domaine de la violence faite aux femmes (Asher, Crespo et Sugg, 2001; DH, 2000; FVPPF, 2004; MLHU, 2000; Poirier, 1997; PPPEO, 2004; Punukollu, 2003). Contrairement au dépistage axé sur des indicateurs, le dépistage généralisé de routine crée de nouvelles occasions de déterminer des cas de violence et de réaliser des interventions efficaces, confirme la situation de la violence faite aux femmes comme problème de santé majeur et légitime et permet aux fournisseurs de soins d'aider à la fois les victimes et leurs enfants (FVPPF, 2004, PPPEO, 2004). Il a été démontré que les activités de dépistage présentent une efficacité optimale lorsqu'elles sont réalisées en personne, plutôt que par le biais de questionnaires autoadministrés (McFarlane et coll., 2001). Par conséquent, le dépistage généralisé de routine doit être une pratique normale dans la consignation des antécédents thérapeutiques complets.

Le dépistage revêt une importance particulière à la lumière du fait que la proportion de femmes qui demandent des soins médicaux à la suite de violences a été estimée entre 8 et 39 p. 100. Ces estimations font appel à des données sur les consultations aux urgences et en cabinet de médecins de famille pour des soins liés à des violences. Malgré la prévalence des violences et les taux élevés de consultations pour soins médicaux, les taux de détection par les professionnels de la médecine sont faibles (Santé Canada, 1999b).

Les critères suivants doivent être utilisés pour déterminer dans quels cas le dépistage est utile :

- L'état de la personne concernée doit avoir des répercussions importantes sur les aspects quantitatifs et qualitatifs de sa vie,
- Des méthodes de traitement acceptables doivent être disponibles,
- La condition du client doit avoir une phase asymptomatique au cours de laquelle la détection et le traitement mènent à une réduction significative de la morbidité et de la mortalité,
- Les traitements pendant la phase asymptomatique doivent donner des résultats thérapeutiques supérieurs à ceux qui sont obtenus en reportant tout traitement jusqu'à l'apparition des symptômes,
- Des essais acceptables pour le client doivent être disponibles à un coût raisonnable et permettre de connaître l'état pendant la phase asymptomatique (Poirier, 1997).

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Il est évident que le dépistage de la violence faite aux femmes est une pratique conforme à ces critères. Les conditions suivantes, qui concernent spécifiquement le dépistage de la violence faite aux femmes, doivent également être prises en compte :

- Les questions de dépistage sont intégrées au processus d'admission et de consignation des antécédents médicaux,
- Les infirmières et infirmiers gardent à l'esprit la sécurité immédiate des femmes,
- Le dépistage est réalisé lorsque l'état de la femme est stable,
- Les questions sont posées en personne et dans un contexte où l'intimité peut être préservée,
- Les activités de dépistage doivent avoir lieu lorsque les femmes sont seules et jamais en présence de leurs partenaires, d'autres membres de leurs familles ou d'enfants de plus de trois ans,
- En présence d'obstacles linguistiques, on aura recours uniquement à des interprètes culturels qualifiés (ECAV, 2001; MLHU, 2000).

Il est possible que les femmes qui ont subi des violences ne reconnaissent pas le caractère violent du comportement de leurs partenaires, notamment en cas d'expérience sexuelle non désirée. Les outils de dépistage font appel à une terminologie spécifique qui décrit les actions des auteurs des violences plutôt que des termes généraux comme le mot « violence ». Par conséquent, les questions de dépistage doivent être claires et des exemples de comportement violent seront peut-être nécessaires pour aider la cliente à comprendre ce qui constitue un comportement violent. Il existe des outils validés qui peuvent être utilisés dans le cadre du dépistage – par ex. : l'Abuse Assessment Screen (AAS), l'Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D) et le Woman Abuse Screening Tool (WAST). Les infirmières et infirmiers peuvent également élaborer leurs propres pratiques à la lumière des principes formulés ci-dessus. Consultez l'*Annexe C* pour voir des exemples de ces outils.

Comme de nombreuses femmes ne signalent pas avoir subi des violences à la première occasion où elles sont interrogées à ce sujet et ne reconnaissent pas que la violence est un problème de santé, le dépistage de la violence faite aux femmes doit être réalisé non seulement lors de la consignation initiale des antécédents, mais aussi **chaque fois que les antécédents sont mis à jour**.

Les femmes qui présentent des problèmes de santé, quels qu'ils soient, sont susceptibles d'être victimes de violence. Jones et Bonner (2002) ont procédé au dépistage de 159 femmes dans une clinique de soins prénataux et ont obtenu un taux de signalement de 10,7 p. 100. Leserman et coll. (1996) ont procédé au dépistage de 239 femmes souffrant de troubles gastro-intestinaux dans un milieu de soins primaires, pour constater que 66,5 p. 100 avaient subi des violences sexuelles et/ou physiques sous une forme ou une autre. Kimberg (2001) a présenté les conclusions d'un sondage appuyé par le National Institute for Justice et les Centers for Disease Control and Prevention, lequel sondage indique que le taux de prévalence de la violence entre partenaires intimes est de 24,8 p. 100. Ces conclusions mettent en évidence l'importance du dépistage de la violence faite aux femmes dans tous les milieux de soins, quel que soit le problème de santé en question. Ces conclusions indiquent également que les préoccupations des infirmières et infirmiers à propos des femmes dépassent le cadre restreint de leurs besoins médicaux immédiats.

Recommandation 2.0

Un dépistage généralisé de routine est mis en place pour toutes les personnes de sexe féminin de 12 ans et plus.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Le groupe d'élaboration a atteint un consensus sur l'âge de 12 ans comme seuil de mise en place du dépistage généralisé de routine, tout en reconnaissant que cette mesure accroît la complexité de la mise en place de cette recommandation. Les jeunes femmes de douze ans ont des relations et le Code criminel du Canada (2003) reconnaît que les jeunes femmes âgées de 12 à 16 ans sont à même de consentir à des activités sexuelles. Les jeunes femmes sont exposées à des risques élevés de violence dans leurs relations intimes. Une étude réalisée par Wiemann et coll. (2000) portait sur les taux de prévalence d'agression physique par un partenaire intime chez 724 adolescentes enceintes âgées de 12 à 18 ans. Parmi les femmes interrogées, 29 p. 100 avaient subi des violences physiques sous une forme ou une autre au cours des 12 mois précédents et 12 p. 100 ont signalé avoir subi des agressions physiques par le père de leur bébé. Par conséquent, le dépistage de la violence à un jeune âge offre l'occasion d'une intervention précoce permettant de réduire la violence dans la vie des jeunes femmes, de rehausser le niveau d'éducation sur la dynamique d'une relation violente et de favoriser l'établissement de relations saines entre les jeunes femmes et les jeunes gens qu'elles fréquentent. Les jeunes femmes en sont alors au tout début de leur expérience de fréquentation et il arrive souvent qu'elles ne comprennent pas la dynamique des relations de contrôle. Par exemple, une étude sur des adolescentes a révélé que la violence était mal comprise et interprétée comme un phénomène de colère (71 p. 100), de confusion (40 p. 100) et d'amour (27 p. 100) (Hyman, 1999). De plus, le rapport *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (Santé Canada, 1999c) a révélé que les victimes des agressions par des membres de la famille qui sont signalées sont plus souvent des filles que des garçons, que ces victimes étaient de sexe féminin dans 80 p. 100 des agressions sexuelles et dans plus de 50 p. 100 des agressions physiques. De plus, les filles étaient davantage susceptibles d'être victimes d'agression sexuelle entre 12 et 15 ans.

Les implications juridiques du dépistage des jeunes femmes sont étudiées dans la *Recommandation 7.0*.

Recommandation 3.0

Les infirmières et infirmiers perfectionnent des compétences de création d'un climat qui facilite le signalement. Ceci exige qu'ils sachent :

- Comment poser la question et
- Comment réagir.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Dans les cas de femmes qui subissent des violences, la réaction initiale des infirmières et infirmiers revêt une grande importance. En raison de la complexité de cette question, il est possible que des femmes ne signalent pas leur expérience pendant plusieurs mois, voire pendant plusieurs années dans certains cas, même lorsque la question leur est directement posée. Des sentiments de culpabilité, de honte ou de gêne, de même que la peur de ne pas être crues, de se voir reprocher les événements survenus et de voir s'intensifier la violence empêchent souvent les femmes de parler ouvertement de violence (DH, 2000). De plus, il peut souvent s'agir de la première occasion où telle ou telle femme a fait l'objet d'un dépistage par une infirmière ou un infirmier et il est possible que cette femme ne sente pas qu'elle peut divulguer des renseignements en toute sécurité (Malecha, 2003). Il est donc nécessaire d'adapter le milieu de manière à faciliter le signalement.

Pour faciliter le signalement, le personnel infirmier instaure un environnement de franchise, de sécurité et de confiance. Il est essentiel que chaque infirmière ou infirmier se munisse d'une méthode qu'elle juge appropriée et qu'elle puisse utiliser avec assurance pour inciter les clientes à être « [Traduction] franches et ouvertes dans leurs réponses » (MLHU, 2000, p. 33). Il est essentiel de veiller à ce que la démarche demeure positive et exempte de jugements critiques.

Dans le cadre d'activités de dépistage, une démarche positive et exempte de jugements critiques peut être favorisée par le fait que des documents informant les femmes que le personnel est enclin à parler de violence soient ouvertement affichés. Entre autres méthodes possibles :

- Les praticiens disposent de renseignements (affiches et documents d'éducation) sur la violence et ces renseignements sont affichés,
- Les renseignements sont affichés à la fois dans les zones publiques et dans les zones privées du milieu de travail (à savoir : dans les toilettes où les femmes peuvent les lire sans être vues) et
- Le personnel porte des macarons indiquant qu'ils sont enclins à parler de violence (Stevens, 2003).

Bolin et Elliot (1996) ont constaté que les médecins qui portent des macarons diffusant un message antiviolence avaient davantage de conversations sur la violence familiale que les médecins qui ne portent pas de macarons.

Lors de l'élaboration d'une intervention appropriée destinée à une femme qui signale des violences, il importe que les infirmières et infirmiers observent un protocole de dépistage souple. Il est essentiel d'adopter un style personnel qui correspond adéquatement au contexte de la rencontre spécifique. Ce processus est susceptible de varier selon les facteurs suivants :

- Le milieu de soins,
- La relation entre le professionnel et la femme,
- Le problème en question,
- Les antécédents de la cliente,
- Le rôle du personnel infirmier dans la satisfaction des besoins de la cliente en matière de santé.

Les infirmières et infirmiers sont des membres d'une équipe pluridisciplinaire et les responsabilités des membres de cette équipe en matière de dépistage peuvent varier d'un milieu de pratique à l'autre. Bien que l'un des membres du personnel infirmier puisse être désigné pour procéder au dépistage initial des femmes, tous les infirmières et infirmiers ont pour responsabilité de veiller à ce que les étapes du dépistage soient suivies, de manière à garantir aux femmes un niveau optimal de soins et de sécurité

Poser la question

Le fait de poser la question instaure un environnement favorable à une discussion sur la violence et permet aux femmes de faire connaître leur expérience personnelle si elles décident de le faire. La façon dont la question est posée a également son importance. Les établissements peuvent opter pour des outils validés (*Annexe C*). Il est également possible que chaque praticien élabore son propre style de questions dans le cadre de la consignation des antécédents médicaux, tant que les points suivants sont respectés :

- Expliquer que des questions sur la violence sont posées à toutes les femmes, car la violence est très fréquente dans la société et qu'elle a des répercussions importantes sur la santé (MLHU, 2000),
- Adapter votre démarche à chaque femme,
- Avertir les femmes qu'elles peuvent s'attendre à faire l'objet d'un dépistage chaque fois que leurs antécédents médicaux seront consignés,
- Faire savoir clairement que la violence n'est pas une chose acceptable.

Pour voir des exemples spécifiques de questions initiales, consultez *l'Annexe D*.

Comment réagir lorsqu'une femme dit « oui »

Pour réagir de façon adéquate :

- Donnez crédit à la femme,
- Nommer la violence par son nom (préciser que ce dont cette femme fait l'expérience *est bel et bien* de la violence),
- Évaluer les besoins médicaux immédiats – en cas d'agression sexuelle récente, diriger la cliente vers des soins pour victimes d'agression sexuelle,
- Évaluer la sécurité immédiate et procéder à une vérification de sécurité,
- Examiner les préoccupations et les besoins immédiats de cette femme et déterminer un plan d'action,
- Si cette femme y consent, consulter les ressources appropriées – notamment une équipe de santé pluridisciplinaire, des spécialistes de la collectivité, des conseillers, des groupes de soutien, des abris et des services juridiques ou de défense des droits des clientes – et
- Disposer d'une liste de coordonnées de services disponibles pour les femmes qui ont subi des violences (MLHU, 2000).

Si elle dit « OUI », posez les questions suivantes :

1. Êtes-vous en sécurité présentement?
2. Voudriez-vous en parler?
3. Quand est-ce arrivé?
4. En avez-vous parlé à quelqu'un d'autre?
5. Arrivez-vous à vous en sortir?
6. Quels sont vos besoins présentement?

Adapté de : Kearsley, K. (2002). Listening for silent screams. Registered Nurse, 14 (4), 12-17.

Consultez les annexes suivantes pour obtenir des renseignements détaillés et des ressources supplémentaires :

- Annexe C (*Outils d'évaluation destinés aux infirmières et infirmiers*)
- Annexe D (*Formulation des questions initiales*)
- Annexe E (*Chemins cliniques*)
- Annexe F (*Aide-mémoire ACCD-RS*)
- Annexe G (*Obstacles au dépistage et au signalement*)
- Annexe H (*Planification de la sécurité*)
- Annexe I (*Ressources communautaires*)

Les infirmières et infirmiers doivent toujours garder à l'esprit qu'il n'y a jamais de garanties de sécurité et que même la planification de sécurité la plus détaillée ne permet pas de veiller à ce que la violence prenne fin. Au bout du compte, la femme qui subit des violences est la seule personne qui peut offrir une prédiction fiable des risques auxquels elle fait face et de la probabilité d'autres violences (DH, 2000). Par conséquent, « [Traduction] la meilleure planification de sécurité, c'est celle que la femme concernée élabore pour elle-même, qu'elle juge réalisable dans les circonstances où elle se trouve et qu'elle s'est personnellement engagée à suivre » (MLHU, 2000, p. 41).

Comment réagir lorsqu'une femme dit « non » alors que vous soupçonnez l'affirmative

Pour la sécurité de cette femme :

- Parlez de ce que vous avez observé et expliquez pourquoi vous avez toujours des préoccupations sur sa santé et sa sécurité,
- Offrez des renseignements d'éducation sur les effets de la violence sur la santé et sur ses taux de prévalence,
- Soulignez l'existence de services de consultation et
- Documentez sa réaction (MLHU, 2000).

Ces considérations illustrent la façon dont les infirmières et infirmiers s'engagent à respecter le choix d'une femme qui décide de ne pas signaler des violences et à lui donner pouvoir et contrôle vis-à-vis de sa propre situation.

Comment réagir lorsqu'une femme dit « non »

Lorsqu'il n'y a pas de signalement :

- Communiquez des renseignements et des messages d'éducation sur la violence faite aux femmes et
- Documentez la réaction de cette femme (MLHU, 2000).

Recommandation 4.0

Les infirmières et infirmiers perfectionnent des méthodes de dépistage et des interventions initiales qui répondent aux besoins de toutes les femmes, en tenant compte des différences liées à la race, à l'appartenance ethnique, à la classe, aux convictions religieuses ou spirituelles, à l'âge, aux handicaps et à l'orientation sexuelle.

Niveau de la preuve = III

Discussion sur les données probantes

Le personnel infirmier doit avoir connaissance de la diversité culturelle des populations auprès desquelles il travaille. Dans le présent contexte, la notion de diversité culturelle est évoquée dans un sens large et peut être liée à la race, à l'appartenance ethnique, à la classe sociale, aux convictions religieuses ou spirituelles, à l'âge, aux handicaps ou à l'orientation sexuelle. L'Ordre des infirmières et infirmier de l'Ontario (OIIO, ou College of Nurses of Ontario) (2003) décrit la culture comme « [Traduction] les valeurs, convictions, normes et manières de vivre acquises qui ont une certaine influence sur la pensée, les décisions et les actions d'une personne » (p. 3). « Les soins axés sur les besoins du client exigent que l'infirmière ou l'infirmier prenne acte de la culture du client, de celle du personnel infirmier et de la façon dont l'une et l'autre ont des répercussions sur sa relation avec le client » (OIIO, 2003, p. 3). Chaque personne a sa propre perception du système de la santé et une expérience antérieure qui pourraient avoir des répercussions sur la mesure dans laquelle une femme est disposée à demander de l'aide.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Les femmes de cultures différentes pourraient hésiter à répondre à des questions sur la violence et/ou à signaler celle-ci en raison des facteurs suivants :

- Éloignement de la collectivité qui la soutient,
- Méfiance générale due au racisme, au sexisme et aux préjugés de classe,
- Facteurs religieux,
- Obstacles de langue ou de communication,
- Absence de services adaptés à sa culture (Geffner et coll., 2001; Maher, Zillmer, Hadley et Leudtke, 2002; Melnick et coll., 2002).

Lors du dépistage de la violence, il est conseillé aux infirmières et infirmiers d'employer un langage dépourvu de caractérisation de genre, car certaines femmes ont des relations homosexuelles (McClennen et coll., 2002). Les femmes qui ont des handicaps physiques ou mentaux présentent un risque accru de subir des violences de toutes natures – en effet, elles en sont victimes dans des proportions supérieures à celles de la population en général (DisAbled Women's Network (DAWN), 1996).

Campbell et Campbell (1996) ont souligné l'importance de procéder au dépistage de la violence faite aux femmes en employant la langue la plus appropriée pour la femme. « [Traduction] Si un clinicien ne comprenait pas la signification des mots utilisés... il pourrait y avoir des défaillances dans la communication. En demandant la signification de mots qu'il ne connaît pas bien, le clinicien fait montre d'une volonté d'apprendre et de prendre en compte les nuances culturelles, plutôt que de prétendre que ces différences n'existent pas ou qu'elles sont liées uniquement à un manque d'éducation » (p. 459).

Une étude réalisée par Iavicoli et coll. (2001) a constaté que l'acceptation de la violence faite aux femmes varie selon l'origine ethnique et que certaines normes culturelles sont susceptibles d'empêcher les femmes de reconnaître la violence. Par conséquent, les infirmières et infirmiers doivent avoir conscience des partis pris ethnocentriques de certaines pratiques infirmières qui peuvent avoir des répercussions sur la volonté qu'ont les femmes de signaler la violence. Certains obstacles au signalement sont décrits à l'*Annexe G*.

Lors du dépistage chez une adolescente, le personnel infirmier doit employer des aptitudes et un langage différents pour favoriser un environnement où l'adolescente se sentira à l'aise et en sécurité. Pour garantir une communication efficace, il importe de comprendre le niveau de compréhension de la ou des questions posées chez la jeune femme. Assurez celle-ci qu'elle a le droit de se sentir en sécurité et confirmez qu'elle n'a rien à se reprocher à propos des incidents qu'elle a pu vivre. L'infirmière ou l'infirmier doit également parler à l'adolescente des limites de la confidentialité. Dans certains cas, le personnel infirmier pourrait avoir l'obligation, en vertu des lois, de signaler des violences. Pour connaître les exigences relatives au signalement, consultez la Recommandation 7.0. Assurez-la que vous l'orienterez vers d'autres ressources de la collectivité afin qu'elle puisse y obtenir un soutien plus poussé.

Le personnel infirmier est responsable de l'élaboration d'un plan de communication destiné à faire de la femme un partenaire éclairé de la prestation des soins. La publication *Guide to Nurses for Providing Culturally Sensitive Care* (OIIO, 2003) présente des renseignements sur des méthodes de communication, notamment des méthodes de travail efficace avec un interprète en cas d'obstacles linguistiques. Cette norme de pratique aide également les infirmières et infirmiers à fournir des soins adaptés à la culture grâce à l'autoréflexion, à l'acquisition de connaissances culturelles, à la facilitation des choix faits par la cliente et à l'établissement d'objectifs communs.

Recommandation 5.0

Les infirmières et infirmiers font appel à des pratiques réflexives pour examiner l'influence de leurs propres croyances, valeurs et expériences sur l'exercice du dépistage.

Niveau de la preuve = IIa

Discussion sur les données probantes

L'autoréflexion aide les infirmières et infirmiers à cerner les valeurs et les partis pris qui sous-tendent leur démarche et leurs interventions. Le personnel infirmier doit examiner avec franchise ses réactions à différentes situations afin de comprendre les raisons de leurs réactions spécifiques. Dans certaines circonstances, l'infirmière ou l'infirmier peut demander l'aide d'autrui pour faciliter sa réflexion (C NO, 2004a). Pour obtenir plus de renseignements sur les pratiques réflexives, l'OIIO (2004a) a préparé une feuille de faits saillants intitulée *Quality Assurance Reflective Practice*.

Le rapport du Department of Health (2000) révèle que 25 p. 100 des femmes professionnelles ont subi des violences à un moment ou un autre de leur vie. Comme la profession infirmière est en grande partie exercée par des femmes, cela indique une probabilité que plusieurs membres du personnel infirmier ont subi ou subissent actuellement des violences commises par leurs partenaires intimes. Dans un sondage réalisé auprès d'infirmières et d'infirmiers de salle d'urgence, Ellis (1999) a constaté que 57,5 p. 100 des répondants avaient personnellement fait l'expérience de la violence faite aux femmes, que 25 p. 100 avaient subi directement des violences et que 32,5 p. 100 signalaient des violences subies par une parente, une amie, une conjointe ou une autre personne. Comme l'indique Ross (2002), dans les cas où le traumatisme de ces violences n'a pas été complètement assimilé, le dépistage pourrait déclencher des réactions inattendues chez le personnel infirmier. Des obstacles empêchant une intervention efficace auprès de femmes victimes de violences pourraient donc en découler. Les attitudes et les croyances sur la violence faite aux femmes ont été désignées depuis longtemps déjà comme des obstacles à l'efficacité de l'intervention clinique (Maiuro et coll., 2000).

Kurz (1990), qui a étudié les réactions du personnel face aux femmes battues que l'on retrouve en salle d'urgence, a démontré l'existence de régularités ou de corrélations claires entre les caractéristiques des femmes qui subissent des violences et les réactions du personnel face à celles-ci. Cette étude a constaté que le personnel était moins disposé à échanger avec des femmes qui présentaient des « attributs porteurs de discrédit », notamment la consommation d'alcool, les attitudes évasives, le fait d'hésiter à parler au personnel ou les comportements jugés inappropriés par le personnel. De plus, le personnel était d'avis que bien que des renseignements avaient été communiqués à ces femmes, il n'était pas certain que ces renseignements aient été pris en compte. Larkin et coll. (1999) affirme que « [Traduction] les infirmiers sont nettement moins susceptibles de déterminer qu'une femme a subi la violence d'un partenaire... il est possible que les fournisseurs de soins de sexe masculin soient moins à l'aise ou [que les femmes qui ont subi des violences] soient moins enclines à se confier à des fournisseurs de soins de sexe masculin, puisque les auteurs des violences sont eux-mêmes généralement des hommes » (p. 674).

L'usure de compassion (UC) est définie comme une transformation touchant une infirmière ou un infirmier qui prend en charge des symptômes de traumatisme. L'UC découle des soins que le personnel infirmier prodigue avec compassion à des clients qui ont subi des expériences traumatiques (Robinson, Clements et Land, 2003). L'UC peut avoir sur l'infirmière ou l'infirmier des répercussions psychologiques, sociales, physiques, spirituelles et professionnelles. Le personnel infirmier et les établissements doivent avoir conscience de

l'évolution et des effets de l'UC. Ces symptômes peuvent se manifester sous la forme de changements profonds dans la compréhension que l'infirmière ou l'infirmier a de la notion de sens, dans son identité, dans sa vision du monde, ainsi que dans ses convictions à propos de lui-même et d'autrui. Les infirmières et infirmiers doivent reconnaître les répercussions cumulatives du travail auprès des personnes qui ont subi des traumatismes. L'UC est interactive : elle est liée aux réponses de l'infirmière ou de l'infirmier face au traumatisme du client et elle varie à la fois selon les caractéristiques de la situation et selon le système spécifique de besoins psychologiques et de biais cognitifs de l'infirmière ou de l'infirmier. Le personnel infirmier doit prendre conscience de ses réactions en acquérant une compréhension de ses propres signaux somatiques de détresse (Robinson et coll., 2003) et mettre sur pied un réseau de soutien qui lui permettra de communiquer son expérience de façon à atténuer les effets de l'UC.

Recommandation 6.0

Les infirmières et infirmiers savent quels éléments doivent être documentés pendant le dépistage de la violence et les interventions en réaction à celle-ci.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Avant de commencer un dépistage, le personnel infirmier doit informer la femme concernée de la portée et des limites de la confidentialité. Bien que les infirmières et infirmiers garantissent la protection et la confidentialité des renseignements qu'ils recueillent dans le cadre de leur pratique, il est important de souligner que la confidentialité et la protection de renseignements personnels pertinents sur la santé ne peuvent pas être garanties dans les cas suivants :

- Lorsque l'infirmière ou l'infirmier soupçonne un cas de violence ou de négligence à l'égard d'un enfant,
- Lorsque l'infirmière ou l'infirmier est informé d'un risque que la cliente elle-même ou d'autres personnes subissent des dommages,
- Lorsque des documents font l'objet de l'ordonnance d'un tribunal (Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de l'Ontario (BAIPVP), 2004).

La documentation forme une partie intégrante de toute pratique efficace et sécuritaire des soins infirmiers (OIIO, 2004c); elle doit aussi être complète et lisible et reproduire fidèlement les pratiques de dépistage (Santé Canada, 1999b; 1999c; MLHU, 2000), puisqu'elle est susceptible d'être utilisée par le système judiciaire comme élément de preuve en cas de poursuite (Canadian Nurses Protective Society (CNPS), 1996b; Rozovsky et Inions, 2003). Ces dossiers doivent inclure les éléments suivants :

- Une vérification de la sécurité,
- Des citations directes de descriptions formulées par la femme concernée,
- Des observations directes réalisées par l'infirmière ou l'infirmier,
- Les consultations additionnelles qui ont été évoquées, les consultations qui ont été réellement prescrites et/ou les renseignements fournis.

Comme pour toute documentation de soins infirmiers, le dossier doit être libre de partis pris et contenir des observations directes réalisées par le personnel infirmier. L'usage de termes libres de partis pris, par exemple « décide », « refuse » ou « la cliente dit », est plus approprié que celui de termes qui impliquent un jugement, par exemple « prétend » ou « victime » (Santé Canada, 1999a; 1999b; MLHU, 2000). Par exemple, on préconisera « la cliente dit 'mon mari me bat' » (affirmation libre de jugements critiques), plutôt que « la

victime prétend avoir été agressée par son partenaire » (une affirmation qui dénote un jugement).

Les services d'orientation en consultation et les interventions secondaires pourraient inclure une documentation plus détaillée, par exemple :

- Antécédents médicaux pertinents,
- Antécédents de violence, y compris le premier, le pire et le plus récent des incidents,
- Le lieu et le moment des violences,
- Le nom de l'auteur des violences et son lien avec la femme concernée,
- Une description détaillée des blessures et des photographies de celles-ci (dans les cas où des photographies ont été prises),
- Tout soin de santé prodigué, tout renseignement communiqué et/ou toute autre ressource conseillée à la femme (Santé Canada, 1999a; MLHU, 2000).

Lorsque la femme concernée ne signale pas de violences, l'infirmière ou l'infirmier doit indiquer dans la documentation que le dépistage n'a pas mené au signalement de violences (Santé Canada, 1999a, MHLU, 2000).

Les infirmières et infirmiers sont sujets à des obligations juridiques, déontologiques et professionnelles qui régissent leurs pratiques de gestion des dossiers des clients (OIIO, 2004b, 2004c; CNPS, 1996a; 1996b; BAIPVP 2004; Rozovsky et Inions, 2003). Dans tous les milieux de soins, des règlements et des procédures sur l'accès aux renseignements sur la santé d'une femme doivent être élaborés dans le cadre du protocole de dépistage. Les femmes doivent être averties avant le dépistage que leur échange sera documenté et que cette documentation fera partie de son dossier médical, auquel elle pourra accéder ultérieurement si nécessaire. Toute divulgation de renseignements de santé à des particuliers ou à des organismes extérieurs à l'équipe des soins nécessite le consentement exprès de la femme, sauf dans les situations indiquées ci-dessus.

Recommandation 7.0

Les infirmières et infirmiers connaissent leurs obligations juridiques en cas de signalement de violences.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Trois principaux éléments doivent être pris en compte lorsque des violences sont signalées par une femme :

- La question de savoir si les violences seront signalées aux autorités,
- La question du signalement de la violence par des femmes qui sont jeunes,
- La question des enfants qui sont témoins de violences envers des femmes.

Tous les infirmières et infirmiers ont appris que le respect de la confidentialité du client est un aspect essentiel de leur relation avec le client. Il est important que les infirmières et infirmiers aient conscience des exceptions déontologiques, professionnelles et juridiques aux principes de la confidentialité du client (CNPS, 1996a). Le personnel infirmier doit avoir conscience de son code de déontologie (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2002), de ses normes de pratique en matière de confidentialité et de renseignements sur la santé (OIIO, 2004b), ainsi que des règlements sur la confidentialité qui ont été adoptés par le milieu de pratique. Les nouvelles lois ontariennes sur la protection des renseignements sur la santé ont également des implications pour les infirmières et infirmiers. Dans le cadre de la nouvelle *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (BAIPVP, 2004), la documentation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé sont assujetties à des règles, tel qu'indiqué dans la *Recommandation 6.0*.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

La question de savoir si les violences seront signalées aux autorités

Il n'existe aucune obligation de signaler à la police des violences faites à une femme. Chaque femme a le droit de décider de s'adresser à la police et elle doit y consentir avant que le personnel infirmier puisse prendre de telles mesures. Les infirmières et infirmiers doivent respecter la décision de la femme et soutenir son droit de choisir de le faire ou non (Santé Canada, 1999b).

La question du signalement de la violence par des femmes qui sont jeunes

Comme la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires préconise le dépistage de la violence chez les femmes âgées de 12 ans et plus, il peut arriver que le signalement de violences par une adolescente nécessite la participation d'une société d'aide à l'enfance (SAE). Voici un guide général sur les pratiques dans ce domaine.

En vertu du Code criminel du Canada (Ministère de la Justice, 2003), une jeune femme de plus de 12 ans est habilitée à consentir à des activités sexuelles dans les cas suivants :

- Lorsqu'elle est âgée entre 12 et 14 ans et que la différence d'âge entre les deux personnes est de deux ans ou moins,
- Lorsque la jeune personne est âgée de 14 ans ou plus et que l'autre personne n'occupe pas une position de confiance ou d'autorité.

Bien que la sexualité des adolescents puisse être une problématique difficile pour le personnel infirmier individuellement, il ne s'agit pas nécessairement d'événements qui peuvent être signalés, tel qu'illustré ci-dessus. Voici les facteurs qui font qu'un événement doit être signalé à une SAE :

- Lorsque la jeune femme a moins de 16 ans et que l'auteur allégué des violences est un fournisseur de soins de santé pour la jeune femme,
- Lorsque la jeune femme a moins de 16 ans et que l'auteur allégué des violences est une personne qui occupe une position d'autorité ou de confiance.

Les violences commises par un ami ne peuvent être signalées que lorsque ces conditions sont réunies ou lorsque le ou les parents ou gardiens ont connaissance de ces violences et ne font rien pour assurer une supervision appropriée permettant de protéger la jeune femme.

Il n'existe pas de seuil d'âge pour le consentement à des soins ou à la collecte de renseignements aux fins de la création d'un dossier médical. Les jeunes femmes ont donc le droit de prendre leurs propres décisions en matière de santé (BAIPVP, 2004; Rozovsky et Inions, 2003), tant que les professionnels des soins sont d'avis que la cliente comprend les circonstances dans lesquelles elle se trouve et qu'elle peut prendre une décision éclairée. Lorsqu'une jeune femme a été jugée capable de prendre une décision sur ses traitements, ses parents, ses gardiens ou les SAE ne peuvent pas obtenir l'accès à son dossier médical sans qu'elle n'y consente (BAIPVP, 2004). En cas de conflit, la décision d'une jeune femme qui a été jugée capable de prendre une décision a toujours préséance. Comme il s'agit d'une loi récente qui aura des répercussions sur la pratique des soins infirmiers, il est conseillé aux infirmières et infirmiers de consulter le gestionnaire qui les supervise ou l'agent de protection de la vie privée de leur établissement.

La question des enfants qui sont témoins de violences faites à des femmes

Tel qu'indiqué à la section *Contexte*, les enfants qui sont témoins de violences faites à des femmes peuvent subir des répercussions négatives immédiates et à long terme (Berman et coll., 2003; Graham-Berman et Edleson, 2001; Jaffe et coll., 1990). En vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* (Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2003), il est possible que cette situation soit signalée à la SAE en tant que situation où l'enfant subit des préjudices. Il est conseillé aux infirmières et aux infirmiers de consulter la SAE de leur localité afin de discuter de situations spécifiques. De plus, tous les établissements de santé doivent disposer d'un protocole établi régissant leur collaboration avec la SAE de leur localité.

Recommandations relatives à la formation

Recommandation 8.0

Des programmes de formation obligatoire en milieu de travail sont élaborés dans le but : de rehausser les connaissances et les compétences du personnel infirmier et de favoriser la sensibilisation à la violence faite aux femmes et la prise en compte de cette réalité.

Niveau de la preuve = Ib

Discussion sur les données probantes

La formation est le fondement de toute activité réussie de dépistage de la violence faite aux femmes. Les lignes directrices sont plus susceptibles d'être efficaces lorsqu'elles tiennent compte des circonstances locales et sont soutenues par un programme de formation continue sur la violence faite aux femmes (DH, 2000). Ces programmes doivent être à jour, pertinents et facilement transposables dans la pratique. Les professionnels de la santé ont également besoin d'aide pour perfectionner les techniques d'entrevue qui leur permettront d'accroître leur assurance vis-à-vis des questions intimes et sensibles, sur le plan affectif, qu'ils doivent poser sur la violence (MLHU, 2000).

Quel que soit le lieu où ils travaillent, les infirmières et infirmiers de soins aigus ou de pratique communautaire sont susceptibles de rencontrer des femmes qui ont subi des violences. Il est donc essentiel que les infirmières et infirmiers possèdent les connaissances et les aptitudes nécessaires au dépistage et qu'ils réagissent de manière adéquate et efficace (Davidson et coll., 2001; Malecha, 2003).

La formation des fournisseurs de soins de santé peut mener à une augmentation du nombre de femmes faisant l'objet d'un dépistage de la violence faite aux femmes (Garcia et Parsons, 2002; Goff, Byrd, Shelton et Parcel, 2001; Ramsay, Richardson, Carter, Davidson et Feder, 2002). Goff et coll. (2001) signale un « [Traduction] lien significatif entre la formation sur la violence [faite aux femmes] et le degré de préparation d'une personne, ses idées sur la méthode et le moment approprié pour un dépistage et les résultats qu'elle prévoit en matière de violence familiale » (p. 49-50).

Grâce à la formation, le personnel infirmier enseignant et les infirmières et infirmiers peuvent jouer un rôle de catalyseur dans l'amélioration des soins infirmiers prodigués aux femmes qui vivent des relations violentes (Fishwick, 1998). Les programmes de formation doivent inclure un volet sur la défense des droits des clientes. Dans une étude aléatoire avec période de suivi de deux ans, Sullivan et Bybee (cités par Punukollu, 2003) ont constaté que « [Traduction] « les services de défense des droits des clientes ont mené à un

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

accroissement de l'efficacité des efforts d'obtention de ressources, à une diminution de la violence physique... et à une amélioration de la qualité de vie et du soutien social 10 semaines après le séjour » (p. 4). Les infirmières et infirmiers doivent donc agir au nom des femmes qui ont subi des violences, de manière à accroître l'accessibilité des services.

Tous les programmes de formation devraient inclure les éléments suivants :

- Définition de la violence faite aux femmes,
- Données sur la prévalence,
- Dynamique de la violence,
- Conséquences pour la santé,
- Rôle du personnel infirmier,
- Obstacles au dépistage (*Annexe G*),
- Connaissance des ressources communautaires (*Annexe I*)
- Conséquences du fait qu'une femme signale des violences et
- Confidentialité et implications juridiques (Recommandation 7.0).

Les *Annexes J* et *K* indiquent plusieurs ressources qui seront utiles aux enseignants qui élaborent des programmes de formation.

Un programme de formation efficace doit adopter plusieurs démarches. Les fournisseurs de soins sont susceptibles de mieux comprendre les besoins culturels de leurs clients en matière de santé s'ils mettent à parti l'expérience de différentes cultures et groupes ethniques que les infirmières et infirmiers peuvent mettre à contribution (Campbell et Campbell, 1996). L'un des préalables de la formation des infirmières et infirmiers est que les enseignants eux-mêmes prennent conscience de la problématique de la violence faite aux femmes et qu'ils y soient sensibles. Une telle intervention d'éducation peut être réalisée grâce à des techniques diverses, notamment :

- Des programmes de « formation des formateurs »,
- Des jeux de rôles,
- Des ateliers,
- Des films vidéo didactiques et d'autres présentations audiovisuelles (*Annexe J*),
- Des programmes de préceptorat et de mentorat,
- Des documents écrits, des activités d'éducation continue et des pratiques réflexives
- Des présentations de conférenciers, par exemple, des défenseurs des droits des femmes.

Il est important que les concepteurs des programmes de formation n'omettent pas de désigner une personne ou un groupe de personnes qui joueront le rôle de champions du programme. Ce groupe aura la responsabilité de tenir à jour et de réviser le contenu du programme, de manière à tenir compte des connaissances et des notions actuelles et nouvelles. Ce groupe peut également être chargé de l'orientation des nouveaux membres du personnel et de l'élaboration de programmes de formation continue sur le dépistage de la violence faite aux femmes.

Recommandation 9.0

Tous les programmes de sciences infirmières intègrent de façon méthodique la question de la violence faite aux femmes.

Niveau de la preuve = III

Discussion sur les données probantes

Selon Ross (2002), il est nécessaire d'informer les décideurs, les enseignants et les chercheurs à propos des lacunes que présentent les services de formation sur la violence et les domaines où des recherches sont nécessaires afin que les infirmières et infirmiers de demain puissent recevoir une formation sur la violence. Un enseignement sur la violence faite aux femmes doit être dispensé à la fois sous une forme théorique et sous une forme contextuelle afin « [Traduction] de situer la violence dans le contexte des actes sociaux qui ont des répercussions considérables sur la santé personnelle et publique et dont les auteurs sont considérés comme moralement responsables » (Ross 2002, p. 8). Hoff et Ross (cité par Ross, 2002) ont présenté les résultats d'un sondage des écoles de sciences infirmières de l'Ontario, sondage où sont indiqués les besoins des corps professoraux en termes d'élaboration du programme d'études. Toutes les écoles ont signalé que les questions de violence font partie de leurs programmes d'études, ne serait-ce que sous la forme de lectures. Les trois quarts des écoles ont signalé que la formation clinique envisagée était « [Traduction] intégrée au programme de manière secondaire plutôt que systématique » (Ross 2002, p. 18).

Ellis (1999) signale que la formation sur la violence et les ressources qui l'appuient sont des éléments essentiels des programmes d'études des écoles de sciences infirmières. « Presque tous les auteurs des publications spécialisées sur le dépistage des effets de la violence faite aux femmes sur la santé soulignent la nécessité de fournir aux professionnels de la santé une formation adéquate sur la nature, la prévalence, la dynamique, les effets sur la santé et [...] les interventions [...] aux niveaux du premier, du deuxième et du troisième cycle et à celui de la formation continue » (MLHU, 2000, p. 47). Selon Mezey (2001), « [Traduction] un plus haut niveau d'éducation à cette problématique et une meilleure compréhension des problèmes auxquels doivent faire face les victimes de violence familiale pourraient être obtenus en intégrant cette matière aux [...] programmes de formation de troisième cycle » (p. 546). Les programmes de formation doivent permettre aux étudiants d'obtenir des connaissances factuelles et une expérience clinique en matière de violence familiale. « [Traduction] La formation en sciences infirmières doit adopter une démarche à deux volets, de manière à sensibiliser le corps professoral [...] et à préparer les étudiantes grâce à l'intégration des programmes d'études, à l'expérience clinique et à d'autres moyens » (Hinderliter et coll., 2003, p. 452). Davidson et coll. (2001) signalent que des groupes qui avaient participé à des programmes de formation ont pu obtenir des améliorations importantes en ce qui concerne leurs connaissances, leurs attitudes et leurs aptitudes. Le groupe d'élaboration recommande donc l'inclusion et la mise en place systématique de contenu à tous les niveaux du programme d'études.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

Recommandation 10.0

Les établissements de santé élaborent des règlements et des procédures qui favorisent l'efficacité du dépistage généralisé de la violence faite aux femmes et les interventions initiales en réaction à celle-ci.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Afin que le dépistage généralisé de routine puisse être efficace, les établissements doivent élaborer des règlements qui appuient la pratique des soins infirmiers, tout en tenant compte des besoins et des résultats cliniques des clientes (PPESO, 2004). Ces règlements doivent tenir compte des particularités propres au milieu où le dépistage doit avoir lieu. Il est conseillé d'inclure parmi ces règlements des indications sur « [Traduction] les personnes qui doivent faire l'objet du dépistage (et celles qui ne doivent pas le faire), le moment où le dépistage doit être entrepris, les personnes qui doivent le réaliser, la façon dont le dépistage doit être intégré aux pratiques du milieu de travail et les changements dans les pratiques du milieu de travail qui pourraient faciliter le dépistage généralisé de routine » (ECAV, 2001, p 3). La formulation de ces règlements et de ces politiques doit inclure les éléments suivants :

- Les pratiques obligatoires de dépistage généralisé de routine (Campbell et Furniss, 2003; Koziol-McLain et Campbell, 2001),
- La formation initiale et la formation continue des infirmières et infirmiers (ECAV, 2001; MLHU, 2000; Metro Woman Abuse Council (MWAC), 2003),
- L'élaboration de protocoles de dépistage (Kimberg, 2001),
- Les pratiques de documentation de routine (ECAV, 2001; MLHU, 2000; MWAC, 2003),
- La promotion de la sécurité des femmes et de leurs enfants (MLHU, 2000; MWAC, 2003),
- La confidentialité (DH, 2000),
- La structure prévue pour garantir la protection de la vie privée et le soutien du milieu du dépistage (DH, 2000; Kimberg, 2001),
- L'établissement de liens avec les organismes communautaires pertinents (DH, 2000; MLHU, 2000; MWAC, 2003) et
- Les services de counselling destinés aux membres du personnel – notamment des programmes d'aide aux employés destinés à prendre en charge les problèmes d'usure de compassion (ECAV, 2001).

Des exemples de règlements peuvent être consultés à l'Annexe L.

Recommandation 11.0

Les établissements de santé font participer la collectivité sur le plan de leurs systèmes dans le but d'améliorer la collaboration et l'intégration des services parmi les différents secteurs.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Afin que les meilleurs soins de santé possibles puissent être prodigués, les interventions de dépistage destinées à déterminer quelles femmes sont victimes de violence doivent s'inspirer de l'expérience de ces femmes au moment où elles font appel à des services de santé. Des études sur la façon dont les femmes qui ont subi des violences perçoivent les obstacles à l'abandon des relations violentes ont révélé à plusieurs reprises l'existence d'obstacles organisationnels, à savoir l'absence de coordination parmi l'ensemble des fournisseurs de services, qui gêne l'accès à ceux-ci (Gerbert et al., 1996; Lutenbacher, Cohen, & Mitzel, 2003). Les programmes de dépistage mis en place dans les milieux de soins sont susceptibles d'augmenter le nombre de cas constatés de violence faite à des femmes (Mueller et Thomas, 2001) et il a été démontré que le succès de ces programmes est plus marqué lorsqu'ils sont mis en place en collaboration avec d'autres secteurs (McCaw, Berman, Syme et Hunkeler, 2001). Non seulement les taux de dépistage ont-ils été supérieurs, mais les participantes à ces programmes ont aussi fait état d'un plus haut niveau de satisfaction vis-à-vis de la réaction de l'établissement à la violence de leurs partenaires, ainsi que d'un taux plus élevé d'accès direct à des services. Tous les secteurs tels que ceux de la violence faite aux femmes, de la santé, de la justice et des services sociaux doivent collaborer à la détermination des obstacles systémiques et à l'amélioration de la coordination des services destinés aux femmes qui ont subi des violences, ce qui rehausse la qualité des soins de santé dispensés pour contrer la violence subie par les femmes.

Recommandation 12.0

Des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une aide appropriée à la mise en place. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui comprend les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation.
- La participation de tous les membres (dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place.
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus d'élaboration et de mise en place.
- La présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des lignes directrices.

À cet égard, la RNAO/AIIO (par l'entremise d'un panel composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique, fondée sur les données probantes disponibles, des perspectives théoriques et un consensus. La RNAO/AIIO recommande fortement l'utilisation de cette Trousse pour guider la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires intitulée La violence faite aux femmes : Dépistage, et intervention initiale.

Niveau de la preuve = IV

Discussion sur les données probantes

Graham et coll. (2002) indiquent que la mise en place réussie de lignes directrices a pour préalable essentiel l'étape de l'adoption officielle de ces lignes directrices par les établissements. L'une des façons d'y parvenir est d'intégrer des recommandations aux règlements et aux procédures qui concernent le dépistage généralisé de routine de la violence faite aux femmes. Cette étape importante contribue à établir une orientation en ce qui a trait aux attentes au sein de l'établissement, en plus de faciliter l'intégration de la ligne directrice à des systèmes tels que le processus de gestion de la qualité.

Des initiatives telles que la mise en œuvre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires exigent qu'un leadership énergique soit assumé par des infirmières et infirmiers capables de transformer les recommandations fondées sur des données probantes en outils utiles qui contribueront à l'orientation de la pratique. Il est proposé aux établissements d'envisager de recourir à la *Trousse* de la RNAO/AIIO (2002) pour mieux acquérir le leadership nécessaire à une mise en place réussie. Consultez l'*Annexe M* pour une description de la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* de la RNAO/AIIO.

Lacunes dans la recherche et implications pour l'avenir

En examinant les éléments de preuve aux fins de l'élaboration de la présente ligne directrice, le groupe d'élaboration a cerné plusieurs lacunes dans les publications spécialisées sur la recherche en matière de dépistage de la violence faite aux femmes et d'intervention initiale. Vu notre opinion sur l'importance de disposer de différents types de connaissances, nous avons déterminé que des travaux de recherche inspirés de démarches diverses sont nécessaires, notamment des travaux de recherche menés avec des méthodes quantitatives et d'autres – avec des méthodes qualitatives. De plus, le groupe d'élaboration est d'avis que l'influence de ces travaux sera d'autant plus importante s'ils sont menés par des équipes de recherche qui incluent des partenaires communautaires et universitaires. Dans la foulée de l'examen des lacunes de la recherche, les priorités de recherche suivantes ont été formulées dans le but de rehausser les résultats cliniques des clientes :

Démarches de dépistage (variées) :

- Quelle est la façon la plus efficace de dépister la violence et d'intervenir à son sujet chez différentes populations, notamment chez les groupes suivants :
 - Partenaires de même sexe,
 - Personnes âgées,
 - Adolescentes (12 à 16 ans),
 - Femmes handicapées (physiques et mentales),
 - Immigrantes et nouvelles arrivantes,
 - Groupes ethniques,
 - Autochtones,
 - Femmes de collectivités rurales ou isolées?

- Quelles sont les méthodes de dépistage les plus efficaces?
 - Entrevues,
 - Outils normalisés,
 - Questionnaires autoadministrés?
- Quelles sont les répercussions d'activités de dépistage répétées sur les femmes?

Formation :

- Quelles méthodes doivent être en place pour maintenir les pratiques de dépistage dans les établissements après que la formation initiale ait atteint son terme?
- Quelles méthodes sont les plus efficaces pour sensibiliser les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers sur la nécessité d'intégrer le dépistage à leur pratique?

Résultats du dépistage :

- Quels résultats, à long terme et à court terme, le dépistage de la violence faite aux femmes et les interventions à son sujet ont-ils sur :
 - Les femmes?
 - Les infirmières et infirmiers?
 - Le système de santé?
 - Les organismes communautaires?
 - La collectivité en général?

Répercussions sur les enfants :

- Quelles sont, pour les enfants, les répercussions du signalement de violences dans le contexte d'activités de dépistage réalisées auprès d'une femme?



Évaluation et surveillance de la ligne directrice

Les établissements qui mettent en œuvre les recommandations de la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sont invités à envisager la façon dont la mise en place et ses répercussions seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, fondé sur un cadre de travail présenté dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* de la RNAO/AIIO, illustre certains indicateurs qui peuvent être utilisés pour la surveillance et l'évaluation.

	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les appuis qui sont disponibles au sein de l'établissement pour permettre aux infirmières et infirmiers de dépister la violence faite aux femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les changements dans la pratique qui mènent à un meilleur dépistage de la violence faite aux femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les répercussions de la mise en œuvre des recommandations.
Établissement ou unité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires: La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale par l'établissement dans le but de déterminer les implications en matière de règlements. ■ Conception de séances d'orientation ou de perfectionnement professionnel. ■ Des infirmières et infirmiers chefs de file sont désignés pour jouer le rôle de champion du processus de mise en place. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaborer des règlements sur le dépistage de la violence faite aux femmes conformément à la ligne directrice. ■ Modifier les règlements actuels afin qu'ils soient compatibles avec le dépistage de la violence faite aux femmes. ■ Sélectionner les démarches ou les outils du milieu de pratique pour le dépistage de la violence faite aux femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre de protocoles conformes à la ligne directrice qui ont été conclus avec des organismes externes. ■ Satisfaction du personnel.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

	Structure	Processus	Résultat
Infirmière/ infirmier ou fournisseur	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage des infirmières et infirmiers qui participent à des séances d'orientation ou de perfectionnement professionnel. ■ Engagement du personnel infirmier vis-à-vis du dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autoévaluation des connaissances des infirmières et infirmiers sur les sujets suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Dynamique de la violence faite aux femmes, • Conditions favorables au dépistage, • Intervention initiale en cas de signalement, • Ressources dont on peut recommander la consultation et • Procédures de documentation. ■ Témoignages du personnel infirmier sur : <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage généralisé des femmes de 12 ans et plus, • L'éducation des femmes sur les raisons du dépistage, • L'appui aux choix que font les femmes, • Le caractère adéquat de la documentation et • La mesure dans laquelle les infirmières et infirmiers se sentent à l'aise vis-à-vis du dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consignation du « fait de poser la question » dans les antécédents médicaux (vérification des dossiers). ■ Les infirmières et infirmiers modifient leurs pratiques en fonction des règlements ou des procédures et à la suite des séances d'orientation ou de perfectionnement professionnel.
Clientèle			<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage des femmes ayant fait l'objet d'un dépistage. ■ Des femmes indiquent : <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les raisons du dépistage – elles se sentent écoutées et respectées – et • Sentir qu'elles ont été appuyées dans les choix qu'elles ont faits.
Coûts financiers	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les établissements de santé financent la participation des infirmières et infirmiers à des séances d'orientation ou de perfectionnement professionnel. ■ Des ressources adéquates sont consacrées à la mise en œuvre du dépistage généralisé de routine. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coût des programmes de formation et du matériel auxiliaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation globale des ressources.

Méthodes de mise en place

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et le groupe d'élaboration de la Ligne directrice ont formulé une liste de méthodes de mise en place pour venir en aide aux établissements ou aux professionnels de différentes disciplines de la santé qui désirent mettre en place la présente Ligne directrice. Voici un résumé de ces méthodes :

- Disposer d'une personne qui se consacre exclusivement à cette tâche, par exemple une infirmière ou un infirmier de pratique avancée, voire une infirmière ou un infirmier de ressources cliniques, qui offrira son soutien, son expertise clinique et son leadership. Cette personne doit également avoir de fortes compétences en relations personnelles, en aide à la mise en place et en gestion de projets.
- Mettre sur pied un comité directeur incluant les principales parties prenantes et des membres du personnel qui ont pris l'engagement de diriger l'initiative. Créer un plan des travaux pour permettre le suivi des activités, des responsabilités et des échéances.
- Créer, pour les besoins de la mise en place, des séances de formation et des structures de soutien continu. Les séances de formation peuvent être constituées de présentations, d'un guide d'animation, de documentation et d'études de cas. Des reliures, des affiches et des fiches peuvent être utilisées comme aide-mémoire permanents sur la formation. Planifier des séances de formation qui sont interactives, qui comprennent des activités de résolution de problèmes, qui tiennent compte des problématiques d'intérêt immédiat et qui offrent des occasions de mettre en pratique les nouvelles compétences acquises (Davies et Edwards, 2004).
- Offrir un soutien organisationnel, notamment le fait d'instaurer préalablement les structures afin de faciliter la mise en place. Par exemple, le fait d'embaucher des remplaçants afin que l'attention des participants ne soit pas détournée par des inquiétudes sur le travail; le fait d'adopter, par le biais de règlements et de procédures, une philosophie d'organisation qui tienne compte des valeurs des pratiques exemplaires; le fait d'élaborer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davies et Edwards, 2004).
- Désigner et appuyer des champions des pratiques exemplaires au sein de chaque service afin de promouvoir et d'appuyer la mise en place. Célébrer les accomplissements et les réalisations, tout en soulignant le travail bien fait (Davies et Edwards, 2004).
- Les établissements qui mettent en place la présente ligne directrice doivent également adopter un ensemble de méthodes d'autoapprentissage, d'apprentissage en groupe, de mentorat et de renforcement qui, avec le temps, alimentera les connaissances et l'assurance des infirmières et infirmiers.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Outre des infirmières et infirmiers qualifiés, l'infrastructure requise pour la mise en place de la présente Ligne directrice comprend l'accessibilité de ressources spécialisées. Le personnel doit recevoir une orientation sur l'utilisation du matériel spécifique. Des séances de formation de rappel doivent être prévues à intervalles réguliers.
- Le travail d'équipe, l'évaluation de collaboration, les traitements et le travail pluridisciplinaire sont des éléments qui profitent au succès de la mise en place des lignes directrices. Des demandes de consultation doivent être adressées, au besoin, aux services ou aux ressources appropriées de l'établissement ou de l'organisme et à ceux de la collectivité.
- Le programme des Bourses de recherche en pratique clinique avancée de la RNAO/AIIO est une autre source à laquelle les infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario peuvent avoir recours afin d'obtenir une bourse qui leur donnera l'occasion de travailler avec un mentor qui possède une expertise en dépistage de la violence faite aux femmes et en intervention dans ce domaine. Dans le cadre du programme des Bourses de recherche en pratique clinique avancée, les infirmières et infirmiers qui obtiennent des bourses auront l'occasion de parfaire leurs compétences en dépistage et en intervention.
- Désigner, perfectionner et appuyer des champions des pratiques exemplaires et faire participer des personnes qui possèdent une expertise dans le domaine concerné, des aptitudes d'animation et une connaissance des principes de la formation des adultes, de manière à appuyer, à perfectionner, à encadrer et à former d'autres membres du personnel infirmier de l'établissement pour veiller au transfert des connaissances.

En plus des méthodes indiquées ci-dessus, la RNAO/AIIO a élaboré des ressources qui sont disponibles sur son site Web. Une *Trousse* sur la mise en place de lignes directrices peut être utile si elle est utilisée d'une manière appropriée. Une description succincte de cette Trousse est offerte à l'*Annexe M*.

La version complète de ce document est offerte à l'adresse suivante : <http://www.rnao.org/bestpractices>.

Processus de mise à jour et de révision de la Ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans qui sépare l'élaboration et la révision, le personnel affecté au programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO/AIIO effectuera une surveillance régulière des nouveaux travaux pertinents dans les publications spécialisées.
3. Selon les résultats de cette surveillance, le personnel du programme pourra recommander d'avancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine éclairera la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision en procédant comme suit :
 - a. Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
 - b. Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de la diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites de mise en place.
 - c. Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine concerné, des nouvelles revues systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouveaux examens techniques et des nouveaux essais aléatoires, ainsi que d'autres éléments pertinents des publications spécialisées.
 - d. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.

La nouvelle version de la ligne directrice sera diffusée selon les structures et les processus établis.

Références

- Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. (2001). Disponible : <http://www.agreecollaboration.org>
- Asher, J., Crespo, E. I. et Sugg, N. K. (2001). Detection and treatment of domestic violence. *Contemporary OB/GYN*, 46(9), 61-66.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique. Toronto, Canada : Auteur.
- Berman, H., Hardesty, J. et Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys et J. C. Campbell (rédacteurs), *Family violence and nursing practice* (p. 150-187). Philadelphie : Lippincott.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et coll. (1999). Consensus development methods : Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
- Bolin, L. et Elliot, B. (1996). Physician detection of family violence. Do buttons worn by doctors generate conversations about domestic abuse? *Minnesota Medicine*, 79, 42-45.
- British Columbia Reproductive Care Program (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. Disponible : <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>
- Brown, J., Lent, B., Schmidt, G. et Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.
- Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de l'Ontario. (2004). Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Disponible : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04p03_f.htm
- Butterworth, P. (2004). Lone mothers' experience of physical and sexual violence : Association with psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 21-27.
- Campbell, J. et Campbell, D. W. (1996). Cultural competence in the care of abused women. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6), 457-462.
- Campbell, J. et Furniss, K. K. (2003). Universal screening for domestic violence : Slide and script presentation package (2e éd.). The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
- Canadian Nurses Protective Society. (1996a). Confidentiality of health information : Your client's right. *Info Law : A Legal Information Sheet for Nurses*, 1, 1-2.
- Canadian Nurses Protective Society. (1996b). Quality documentation : Your best defense. *Info Law : A Legal Information Sheet for Nurses*, 1, 1-2.
- Cohen, M. et Maclean, H. (2003). Violence against Canadian women. In *Women's Health Surveillance Report* (p. 1-31). Ottawa : Canadian Institute for Health Information.
- Coker, A. L., Bethea, L., Smith, P. H., Fadden, M. K. et Brandt, H. M. (2002). Missed opportunities : Intimate partner violence in family practice settings. *Preventive Medicine*, 34(4), 445-454.
- College of Nurses of Ontario. (2003). Guide to nurses for providing culturally sensitive care. Toronto : auteur.
- College of Nurses of Ontario. (2004a). Fact Sheet : Quality Assurance Reflective Practice. Toronto : auteur.
- College of Nurses of Ontario. (2004b). Practice standard : Confidentiality and privacy – Personal health information. Toronto : auteur.
- College of Nurses of Ontario. (2004c). Practice standard : Documentation. Toronto : auteur.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Cornwall Community Hospital (2000). Partner abuse sexual assault care team policy and procedure manual. Cornwall, Ontario : auteur.

Cox, J., Bota, G. W., Carter, M., Bretzlaff-Michaud, J. A., Sahai, V. et Rowe, B. H. (2003). The incidence and prevalence of domestic violence in a northern emergency department. *Canadian Family Physician*, 50, 90-97.

Davidson, L., Grisso, J., Garcia-Moreno, C., Garcia, J., King, V. et Marchant, S. (2001). Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(10), 953-969.

Davies, B. et Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16 (1), 21-23.

Day, T. (1995). The health related costs of violence against women in Canada : The tip of the iceberg. London, Ontario. Centre for Research on Violence Against Women and Children.

DeKeseredy, W. et Schwartz, M. (1998). *Woman abuse on campus : Results from the Canadian National Survey*. Thousand Oaks : Sage.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Department of Health (2000). *Domestic violence : A resource manual for health care professionals*. Disponible : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>

DisAbled Women's Network (DAWN) (1996). *We are those women! A training manual for working with women with disabilities in shelters and sexual assault centres*. Toronto : auteur.

Eckert, L. O., Sugar, N. et Fine, D. (2002). Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 1284-1291.

Education Centre Against Violence. (2001). *Routine screening for domestic violence in NSW health : An implementation package*. Paramatta : Auteur.

Ellis, J. M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing*, 22(1), 27-41.

Family Violence Prevention Fund. (1999). *Preventing domestic violence : Clinical guidelines on routine screening*. Disponible : <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>

Family Violence Prevention Fund. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Disponible : <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>

Family Violence Prevention Fund's Research Committee. (2003). *The Family Violence Prevention Fund's review of the U.S. Preventive Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*. San Francisco : The Family Violence Prevention Fund.

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton I. M., Lowenstein, S. R. et Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357-1361.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et coll. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults : The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Field, M. J. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.

Fishwick, N. (1998). Assessment of women for partner abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(6), 661-670.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Garcia, F. A. R. et Parsons, M. L. (2002). Effective screening for domestic violence in the inpatient obstetric setting. *Primary Care Update Ob/Gyns*, 9(3), 94-97.

Geffner, R., Ivey, D., Koss, M. P., Murphy, B. C., Mio, J. S. et O'Neil, J. M. (2001). Intimate partner abuse and relationship violence. Committee on Divisions/APA Relations (CODAPAR). Disponible : <http://www.apa.org/pi/iparv.pdf>

Gerbert, B., Johnston, K., Caspers, N., Bleeker, T., Woods, A. et Rosenbaum, A. (1996). Experiences of battered women in health care settings : A qualitative study. *Women and Health*, 24(3), 1-17.

Goff, H. W., Byrd, T. L., Shelton, A. et Parcel, G. S. (2001). Health care professionals' skills, beliefs, and expectations about screening for domestic violence in a border community. *Family Community Health*, 24(1), 39-54.

Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B. et Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice : Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, 599-611.

Graham, J. (2000). An unacceptable risk. *The Exceptional Parent*, 30, 32-34.

Graham-Berman, S. A. et Edleson, J. L. (rédacteurs). (2001). *Domestic violence in the lives of children : The future of research, intervention and social policy*. Washington, DC : American Psychological Association.

Health Canada. (2002). Violence against women. Disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_violence.htm

Santé Canada. (2003). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2003*. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fv-2003-famvioprofil_f.pdf

Hinderliter, D., Doughty, A. S., Delaney, K., Rogers Pitula, C. et Campbell, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education*, 42, 449-454.

Human Resources Development Canada. (1996). *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) – October 1996*. Ottawa : Government of Canada.

Hyman, K. (1999). Dating violence among adolescents : Risk factors and implications for treatment and research. *Developments*, 13, 5-8.

Iavicoli, L., Givre, S., Wilets, I. F., Kriesman, E. et Amir, T. (2001). Cultural attitudes toward domestic violence. *Academic Emergency Medicine*, 8(5), 462.

Institute for Clinical Systems Improvement. (2002). Health care guideline : Domestic violence. Disponible : <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=170>

Jaffe, P., Wolff, D. et Wilson, D. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park : Sage.

Jones, C. et Bonner, M. (2002). Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Australian Journal of Midwifery : Professional Journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 15, 14-20.

Kearsey, K. (2002). Listening for silent screams. *Registered Nurse*, 14(4), 12-17.

Kimberg, L. (2001). Addressing intimate partner violence in primary care practice. *General Medicine*, 3(1), 2-12.

Kozioł-McLain, J. et Campbell, J. (2001). Universal screening and mandatory reporting : An update on two important issues for victims/survivors of intimate partner violence. *Journal of Emergency Medicine*, 27(6), 602-606.

Kurz, D. (1990). Interventions with battered women in health care settings. *Violence and Victims*, 5, 243-256.

Larkin, G. L., Hyman, K. B., Mathias, S. R., D'Amico, F. et MacLeod, B. A. (1999). Universal screening for intimate partner violence in the emergency department : Importance of patient and provider factors. *Annals of Emergency Medicine*, 33(6), 669-675.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

- Leserman, J., Drossman, D. A., Zhiming, L., Toomey, T. C., Nachman, G. et Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 58, 4-15.
- Lloyd, S. et Taluc, N. (1999). The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 5, 370-392.
- London Abused Women's Centre [anciennement désigné comme le Battered Women's Advocacy Centre] (2001). Safety resource kit for abused women. London, Ontario : Auteur.
- Loughlin, S., Spinola, C., Stewart, L., Fanslow, J. et Norton, R. (2000). Emergency department staff responses to a protocol of care for abused women. *Health Education and Behavior*, 27(5), 572-590.
- Lutenbacher, M., Cohen, A. et Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*, 20, 56-64.
- MacMillan, H. L. et Wathen, C. N. (2001). Prevention and treatment of violence against women : Systematic review and recommendations : Technical report. Disponible : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3657&nbr=2883
- Maher, A., Zillmer, D., Hadley, S. et Luedtke, L. (2002). Addressing family violence : A professional imperative. *Orthopaedic Nursing*, 21, 10.
- Maiuro, R. D., Vitaliano, P. P., Sugg, N. K., Thompson, D. C., Rivara, F. P. et Thompson, R. S. (2000). Development of a health care provider survey for domestic violence : Psychometric properties. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 245-252.
- Malecha, A. (2003). Screening for and treating intimate partner violence in the workplace. *AAOHN Journal*, 51(7), 310-316.
- Martin, F. et Younger-Lewis, C. (1997). More than meets the eye : Recognizing and responding to spousal abuse. *Canadian Medical Association Journal*, 157(11), 1555-1558.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L. et Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence : A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 170-176.
- La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale
- McClennen, J. C., Summers, A. B. et Daley, J. G. (2002). Lesbian partner abuse scale. *Research on Social Work Practice*, 12(2), 277-291.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N. et Dolen Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D) : Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(9), 861-866.
- Melnick, D., Maio, R., Blow, F., Hill, E., Wang, S., Pomerantz, R. et coll. (2002). Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 53, 33-37.
- Metro Woman Abuse Council. (2003). Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused (Rep. No. 401). Ontario Hospital Association.
- Mezey, G. (2001). Domestic violence in health settings. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 543-547.
- Middlesex-London Health Unit. (2000). Task force on the health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario : auteur.
- Ministère de la Justice du Canada (2003). Code criminel. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (2003). Signalement des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'enfants. Disponible : <http://www.children.gov.on.ca/mcys/french/resources/publications/child-abuse.asp>
- Ministry of Health (2002). Family violence intervention guidelines : Child and partner abuse. Disponible : [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/\\$FILE/family-violence.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/$FILE/family-violence.pdf)

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Ministry of Health, N. Z. (1998). Family Violence : Guidelines for health care sector providers to develop practice protocols. Disponible : [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/\\$FILE/FamViol.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/$FILE/FamViol.pdf)

Mueller, D. et Thomas, H. (2001). The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women. Disponible : www.city.hamilton.on.ca/PHCS/EPHPP/Research/Full-Reviews/SpousalAbuse.pdf

Nelson, H. D., Nygren, P. et McInerney, Y. (2004). Screening for family and intimate partner violence (Systematic evidence review). Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality.

Organisation mondiale de la Santé (2002a). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Auteur.

Organisation mondiale de la Santé (2002b). Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé. Genève : Auteur.

Organisation des Nations unies (1993). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Disponible : <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/PDF/N9409506.pdf?OpenElement>

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (2004). Women abuse in the perinatal period : Guidelines for care providers. Ottawa : Auteur.

Poirier, L. (1997). The importance of screening for domestic violence in all women. *The Nurse Practitioner*, 22, 105-122.

Pottie Bunge, V. et Locke, D. (2000). Family violence in Canada : A statistical profile 2000. Ottawa : Canadian Centre for Justice Statistics.

Prochaska, J., DiClemente, C. et Norcross, J. (1992). In search of how people change : Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Punukollu, M. (2003). Domestic violence : Screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52(7), 1-6.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L. et Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*, 325, 314-318.

Randall, M. et Haskell, L. (1995). Sexual violence in women's lives. Findings from the Women's Safety Project, a community based survey. *Violence Against Women*, 1(1), 6-31.

Reynolds, C. et Schweitzer, A. (1998). Responding to woman abuse : A protocol for health care professionals. London : London Battered Women's Advocacy Centre.

Robinson, J. R., Clements, K. et Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, and predictors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(4), 32-41.

Rodgers, L. (1994). Wife assault : The findings from a national survey. *Statistics Canada*, 14, 1-21.

Rosovsky, L. et Inions, N. J. (2003). Canadian health information : A practical legal and risk management guide (3e éd.). Markham : Butterworths.

Ross, M. (2002). Nursing education and violence prevention, detection and intervention. Disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf

Santé Canada. (1999a). Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : *Lignes directrices à l'intention des médecins*. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/nfcv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-hnbk-physician_f.pdf

Santé Canada. (1999b). Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/nfcv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-hnbk-pregnancy_f.pdf

Santé Canada. (1999c). Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/rapport/toward/apercu.html>

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Sharps, P., Koziol-McLain, J., Campbell, J., McFarlane, J., Sachs, C. et Xu, X. (2001). Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*, 33(5), 373-380.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Statistique Canada. (1994). Enquête sur la violence envers les femmes 1993. Ottawa : Auteur.

Statistique Canada. (2000). Enquête sociale générale 1999. Ottawa : Auteur.

Statistique Canada. (2004). La violence familiale au Canada : un profil statistique 2004. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique.

Stevens, L. (2003). Improving screening of women for violence-basic guidelines for physicians. Disponible : www.medscape.com/viewprogram/2777_pnt

Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J. et Lavis, V. et coll. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, 327(7416), 673-676.

The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC). (2000). Domestic violence : A resource manual for healthcare providers for the state of Delaware : Part 3 : Health care provider's response. *Delaware Medical Journal*, 72(12), 527-534.

Waller, A. E., Hohenhaus, S. M., Shah, P. J. et Stern, E. A. (1996). Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 27(6), 754-760.

Wathen, C. N. et MacMillan, H. L. (2003). Prevention of violence against women : Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 169(6), 582-584.

Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J. et Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents : Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.

Yick Flanagan, A. (2001). Domestic violence in ethnic minority communities : guidelines for healthcare providers. *Journal of Professional Nursing*, 17(1), 33-39.

Bibliographie

Alameda-Contra Costa Public Health Coalition (ACCMA). (1995). Domestic violence resource guide. Disponible : <http://www.accma.org/pdf/Domestic-Violence-Resource-Guide.pdf>

American Medical Association. (2002). Case studies in disease prevention and health promotion : Intimate partner violence. Disponible : <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/9212.html>

American Medical Association. (2004). Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Disponible : <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/domesticviolence.pdf>

Anderson, B. A., Hopp Marshak, H. et Hebbler, D. L. (2002). Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care : Clustering routine clinical information. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47(5), 353-359.

Anglin, D. et Sachs, C. (2003). Preventative care in the emergency department : Screening for domestic violence in the emergency department. *Academy of Emergency Medicine Journal*, 10(10), 1118-1127.

Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. (2001). Disponible : <http://www.agreecollaboration.org>

Asher, J., Crespo, E. I. et Sugg, N. K. (2001). Detection and treatment of domestic violence. *Contemporary OB/GYN*, 46(9), 61-66.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1992). Lignes directrices sur la violence familiale à l'intention des infirmières. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvclinical_f.html

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Ottawa : auteur.

Barcelona de Mendoza, V. (2001). Culturally appropriate care for pregnant Latina women who are victims of domestic violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30(6), 579-588.

Berk, R. A., Newton, P. J. et Berk, S. F. (1986). What a difference a day makes : An empirical study of the impact of shelters for battered women. *Journal of Marriage and Family*, 48, 481-490.

Berman, H., Ford-Gilboe, M. et Campbell, J. C. (1998). Combining stories and numbers : A methodological approach for a critical nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21, 1-15.

Berman, H., Hardesty, J. et Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys et J. C. Campbell (rédacteurs), *Family violence and nursing practice* (p. 150-187). Philadelphie : Lippincott.

Berman, W., Hunkeler, E. et McGaw, B. (2003). Beyond screening for domestic violence : A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 170-176.

Betts-Cobau, T., Hoyer, P. P. (1997). Part I – Domestic violence : Are professional pledges such as the “Nightingale Pledge” obsolete? *The Journal of Perinatal Education*, 6(4), 17-27.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et coll. (1999). Consensus development methods : Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

Bohn, D. K., Paluzzi, P. et Vivio, D. (2002). The American College of Nurse-Midwives Domestic Violence Education Project (DVEP). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78(1), S79-S82.

Bolin, L. et Elliot, B. (1996). Physician detection of family violence. Do buttons worn by doctors generate conversations about domestic abuse? *Minnesota Medicine*, 79, 42-45.

Bonhomme, S. et Ratcliffe, M. (1999). Working together toward the issue of conjugal violence : The work of an interdisciplinary task force. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 23-26.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Borowsky, I. et Ireland, M. (2002). Parental screening for intimate partner violence by pediatrician and family physicians. *Pediatrics*, 110(3), 509-516.

Boyle, A., A. (2003). Routinely asking women about domestic violence : Injury may be acceptable in different healthcare environments and to different women. *British Medical Journal*, 327(7427), 1345.

British Columbia Reproductive Care Program. (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. Disponible : <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>

Brookoff, D., O'Brien, K. K., Cook, C. S., Thompson, T. D. et Williams, C. (1997). Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1369-1373.

Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G. et Pederson, L. L. (1996). Development of the woman abuse screening tool for use in family practice. *Family Medicine*, 28(6), 422-428.

Brown, J., Lent, B., Schmidt, G. et Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.

Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de l'Ontario (2004). Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Disponible : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04p03_f.htm

Butterworth, P. (2004). Lone mothers' experience of physical and sexual violence : Association with psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 21-27.

Calonge, N. (2004). Screening for family and intimate partner violence. Recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 140, 382-386.

Campbell, J. et Campbell, D. W. (1996). Cultural competence in the care of abused women. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6), 457-462.

Campbell, J. et Furniss, K. K. (2003). Universal screening for domestic violence : Slide and script presentation package (2e éd.). The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).

Campbell, J., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. et coll. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.

Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. et coll. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships : Results from a multisite case control study. *Journal of Public Health*, 93, 1089-1097.

Canadian Nurses Protective Society. (1996a). Confidentiality of health information : Your client's right. Info Law : A Legal Information Sheet for Nurses, 1, 1-2.

Canadian Nurses Protective Society. (1996b). Quality documentation : Your best defense. Info Law : A Legal Information Sheet for Nurses, 1, 1-2.

Canadian Panel on Violence Against Women. (1993). Changing the landscape : Ending violence – Achieving equality. Ottawa : Auteur.

Canterino, J. C., Van Horn, L. G., Harrigan, J. T., Ananth, C. V. et Vintzileos, A. M. (1999). Domestic abuse in pregnancy : A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(5), 1049-1051.

Chuang, C. H. et Liebschutz, J. (2002). Screening for intimate partner violence in the primary care setting : A critical review. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 9, 565-571.

Cohen, M. et Maclean, H. (2003). Violence against Canadian women. Women's Health Surveillance Report (p. 1-31). Ottawa : Canadian Institute for Health Information.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Coker, A. L., Bethea, L., Smith, P. H., Fadden, M. K. et Brandt, H. M. (2002). Missed opportunities : Intimate partner violence in family practice settings. *Preventive Medicine*, 34(4), 445-454.
- Coker, A. L., Pope, B. O., Smith, P. H., Sanderson, M. et Hussey, J. R. (2001). Assessment of clinical partner violence screening tools. *Journal of the American Medical Women's Association*, 56(1), 19-23.
- College of Nurses of Ontario. (2003). Guide to nurses for providing culturally sensitive care. Toronto : Auteur.
- College of Nurses of Ontario. (2004a). Fact Sheet : Quality assurance reflective practice. Toronto : Auteur.
- College of Nurses of Ontario. (2004b). Practice standard : Confidentiality and privacy – Personal health information. Toronto : auteur. College of Nurses of Ontario. (2004c). Practice standard : Documentation. Toronto : auteur.
- Commission on Chronic Illness. (1957). *Chronic illness in the United States*. Cambridge : Harvard University Press. Community Legal Education Ontario. (2001). Sex, young people and the law [dépliant], auteur.
- Covington, D. L., Dalton, V. K., Diehl, S. J., Wright, B. D. et Piner, M. H. (1997). Improving detection of violence among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21, 18-24.
- Cornwall Community Hospital (2000). Partner abuse sexual assault care team policy and procedure manual. Cornwall, Ontario : Auteur.
- Covington, D. L., Diehl, S. J., Wright, B. D. et Piner, M. H. (1997). Assessing for violence during pregnancy using a systematic approach. *Maternal and Child Health Journal*, 1(2), 129-133.
- Cox, J., Bota, G. W., Carter, M., Bretzlaff-Michaud, J. A., Sahai, V. et Rowe, B. H. (2003). The incidence and prevalence of domestic violence in a northern emergency department. *Canadian Family Physician*, 50, 90-97.
- Davidhizar, R. E. et Giger, J. N. (éditeurs). (1998). *Canadian transcultural nursing : Assessment and intervention* (p. 3-19.). St. Louis, Missouri : Mosby.
- Davidson, L., Grisso, J., Garcia-Moreno, C., Garcia, J., King, V. et Marchant, S. (2001). Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(10), 953-969.
- Davies, B. et Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16 (1), 21-23.
- Day, T. (1995). The health related costs of violence against women in Canada : The tip of the iceberg. London, Ontario, ICentre for Research on Violence Against Women and Children.
- DeKeseredy, W. et Schwartz, M. (1998). *Woman abuse on campus : Results from the Canadian National Survey*. Thousand Oaks : Sage.
- Denham, D. et Gillespie, J. (1992). Wife abuse : A workplace issue. Disponible : www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/femgchange_e.html
- Department of Health. (2000). *Domestic violence : A resource manual for health care professionals*. Disponible : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>
- Derk, S. et Reese, D. (1998). Rural health-care providers' attitudes, practices, and training experience regarding intimate partner violence – West Virginia, March 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 670-673.
- DiLoreto, S. (2001). Domestic violence : Detection and treatment. *Patient Care*, 35, 68-78.
- DisAbled Women's Network (DAWN) (1996). *We are those women! A training manual for working with women with disabilities in shelters and sexual assault centres*. Toronto : Auteur.
- Duxbury, F. (2003). Routinely asking women about domestic violence – Seeking the causes of disease, not routine inquiry, is good practice [version électronique]. *British Medical Journal*, 327(7427), 1345.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Eckert, L. O., Sugar, N. et Fine, D. (2002). Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 1284-1291.

Education Centre Against Violence. (2001). *Routine screening for domestic violence in NSW health : An implementation package*. Paramatta : Auteur.

Ellis, J. M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing*, 22(1), 27-41.

Eyler, A. E. et Cohen, M. (1999). Case studies in partner violence [version électronique]. *American Family Physician*, 60(9), 2569-2576.

Family Violence Prevention Fund. (1999). *Preventing domestic violence : Clinical guidelines on routine screening*. Disponible : <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>

Family Violence Prevention Fund. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Disponible : <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>

Family Violence Prevention Fund's Research Committee. (2003). *The Family Violence Prevention Fund's review of the US Preventive Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*. San Francisco : The Family Violence Prevention Fund.

Fanslow, J. L., Norton, R. N. et Spinola, C. G. (1998). Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 32(3), 341-365.

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton I. M., Lowenstein, S. R. et Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357-1361.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et coll. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults : The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Ferris, L. E. (2004). Intimate partner violence : Doctors should offer referral to existing interventions, while better evidence is awaited. *British Medical Journal*, 328, 595-596.

Field, M. J. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.

Fisher, M., Yassour-Borochowitz, D. et Neter, E. (2003). Domestic abuse in pregnancy : Results from a phone survey in Northern Israel. *Israel Medical Association Journal*, 5, 35-39.

Fishwick, N. (1998). Assessment of women for partner abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(6), 661-670.

Fitzpatrick, M. (2003). Routinely asking women about domestic violence – Ill considered professional interference in personal relationships will prove damaging [version électronique]. *British Medical Journal*, 327(7427), 1345b.

Flitcraft, A. (1997). Learning from the paradoxes of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1400-1401.

Fogarty, C. T. et Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15, 101-111.

Fogarty, C. T., Burge, S. et McCord, E. C. (2002). Communicating with patients about intimate partner violence : Screening and interviewing approaches. *Family Medicine*, 34(15), 369-375.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Furbee, P. M., Sikora, R., Williams, J. M. et Derk, S. J. (1998). Comparison of domestic violence screening methods : A pilot study. *Annals of Emergency Medicine*, 31(4), 495-501.
- Gadomski, A. M., Wolff, D., Tripp, M., Lewis, C. et Short, L. M. (2001). Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Academic Medicine*, 76, 1045-1051.
- Gaines, K. A. et Bickford, A. (1997). Part II – Abuse and pregnancy : What every childbirth educator/nurse should know. *Journal of Perinatal Education*, 6(4), 28-38.
- Gantt, L. (1999). Screening for domestic violence : How one hospital network started asking about abuse. *AWHONN Lifelines*, 3, 36-42.
- Garcia, F. A. R. et Parsons, M. L. (2002). Effective screening for domestic violence in the inpatient obstetric setting. *Primary Care Update Ob/Gyns*, 9(3), 94-97.
- Geffner, R., Ivey, D., Koss, M. P., Murphy, B. C., Mio, J. S. et O'Neil, J. M. (2001). Intimate partner abuse and relationship violence. Committee on Divisions/APA Relations (CODAPAR). Disponible : <http://www.apa.org/pi/iparv.pdf>
- Gerard, M. (2000). Domestic violence : How to screen and intervene. *RN*, 63(12), 52-58.
- Gerbert, B., Johnston, K., Caspers, N., Bleeker, T., Woods, A. et Rosenbaum, A. (1996). Experiences of battered women in health care settings : A qualitative study. *Women and Health*, 24(3), 1-17.
- Glass, N., Dearwater, S. et Campbell, J. (2001). Intimate partner violence screening and intervention : Data for eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(2), 141-149.
- Goff, H. W., Byrd, T. L., Shelton, A. et Parcel, G. S. (2001). Health care professionals' skills, beliefs, and expectations about screening for domestic violence in a border community. *Family Community Health*, 24(1), 39-54.
- Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B. et Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice : Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, 599-611.
- Graham, J. (2000). An unacceptable risk. *The Exceptional Parent*, 30, 32-34.
- Graham-Berman, S. A. et Edleson, J. L. (rédacteurs). (2001). *Domestic violence in the lives of children : The future of research, intervention and social policy*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Griffin, M. P. et Koss, M. P. (2002). Clinical screening and intervention in cases of partner violence [version électronique]. *Journal of Issues in Nursing*, 7, 1-11.
- Grisso, J. A., Schwarz, D. F., Hirschinger, N., Sammel, M., Brensinger, C., Santanna, J. et coll. (1999). Violent injuries among women in an urban area. *The New England Journal of Medicine*, 341(25), 1899-1929.
- Health Canada. (2001). Woman abuse : Fact sheet. Disponible : www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/femviof_e.html
- Health Canada. (2002). Violence against women. Disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_violence.htm
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P. et Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice : Descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal*, 328, 621-624.
- Hinderliter, D., Doughty, A. S., Delaney, K., Rogers Pitula, C. et Campbell, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education*, 42, 449-454.
- Hollander, J. E., Schears, R. M., Shofer, F. S., Baren, J. M., Moretti, L. M. et Datner, E. M. (2001). The effect of written informed consent on detection of violence in the home. *Academic Emergency Medicine*, 8(10), 974-979.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

- Hotch, D., Grunfeld, A., Mackay, K. et Ritch, L. (1996). Policy and procedures for domestic violence patients in Canadian emergency departments : A national survey. *Journal of Emergency Nursing*, 22(4), 278-282.
- Hsiao-Rei, M. et Zhonghe, L. (2003). Partner violence and major depression in women : A community study of Chinese Americans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 722-729.
- Human Resources Development Canada. (1996). National longitudinal survey of children and youth (NLSCY) – October 1996. Ottawa : Government of Canada.
- Hyman, K. (1999). Dating violence among adolescents : Risk factors and implications for treatment and research. *Developments*, 13, 5-8.
- Hyman, I., Guruge, S., Stewart, D. E. et Ahmad, F. (2000). Primary prevention of violence against women. *Women's Health Issues*, 10, 288-293.
- Iavicoli, L., Givre, S., Wilets, I. F., Kriesman, E. et Amir, T. (2001). Cultural attitudes toward domestic violence. *Academic Emergency Medicine*, 8(5), 462.
- Information and Privacy Commissioner. (2004). A guide to the Personal Health Information Privacy Act. Disponible : <http://ipc.on.ca>
- Information and Privacy Commissioner. (2004). Frequently asked questions : Health Information Privacy Act. Disponible : http://www.ipc.on.ca/scripts/index.asp?action=31 &P_ID=14971 &N_ID=1 &PT_ID=31 &U_ID=0
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2002). Health care guideline : Domestic violence. Disponible : <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=170>
- Intimate Partner Abuse and Relationship Violence Working Group. (2002). Intimate partner abuse and relationship violence. Disponible : <http://www.apa.org/pi/iparv.pdf>
- Jaffe, P., Wolff, D. et Wilson, D. (1990). Children of battered women. Newbury Park : Sage.
- Jones, C. et Bonner, M. (2002). Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Australian Journal of Midwifery : Professional Journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 15, 14-20.
- Kearsey, K. (2002). Listening for silent screams. *Registered Nurse*, 14, 12-17.
- Kimberg, L. (2001). Addressing intimate partner violence in primary care practice. *General Medicine*, 3(1), 2-12.
- Koziol-McLain, J. et Campbell, J. (2001). Universal screening and mandatory reporting : An update on two important issues for victims/survivors of intimate partner violence. *Journal of Emergency Medicine*, 27(6), 602-606.
- Koziol-McLain, J., Coates, C. J. et Lowenstein, S. R. (2001). Predictive validity of a screen for partner violence against women. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(2), 93-100.
- Kropp, P. R. et Hart, S. D. (2000). The spousal assault risk assessment (SARA) guide : Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Kurz, D. (1990). Interventions with battered women in health care settings. *Violence and Victims*, 5, 243-256.
- Larkin, G. L., Hyman, K. B., Mathias, S. R., D'Amico, F. et MacLeod, B. A. (1999). Universal screening for intimate partner violence in the emergency department : Importance of patient and provider factors. *Annals of Emergency Medicine*, 33(6), 669-675.
- Leininger, M. (2000). *Transcultural nursing : Concepts, theories, research and practices*. Toronto : McGraw-Hill. Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality : A theory of nursing*. Mississauga : Jones and Bartlett.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Leserman, J., Drossman, D. A., Zhiming, L., Toomey, T. C., Nachman, G. et Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 58, 4-15.
- Lloyd, S. et Taluc, N. (1999). The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 5, 370-392.
- London Abused Women's Centre [anciennement désigné comme le Battered Women's Advocacy Centre] (2001). Safety resource kit for abused women. London, Ontario : Auteur.
- Loughlin, S., Spinola, C., Stewart, L., Fanslow, J. et Norton, R. (2000). Emergency department staff responses to a protocol of care for abused women. *Health Education and Behavior*, 27(5), 572-590.
- Lutenbacher, M., Cohen, A. et Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*, 20, 56-64.
- MacMillan, H. L. et Wathen, C. N. (2001). Prevention and treatment of violence against women : systematic review and recommendations : Technical report. Disponible : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3657&nbr=2883
- Maher, A., Zillmer, D., Hadley, S. et Luedtke, L. (2002). Addressing family violence : A professional? imperative. *Orthopaedic Nursing*, 21, 10.
- Maiuro, R. D., Vitaliano, P. P., Sugg, N. K., Thompson, D. C., Rivara, F. P. et Thompson, R. S. (2000). Development of a health care provider survey for domestic violence : Psychometric properties. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 245-252.
- Malecha, A. (2003). Screening for and treating intimate partner violence in the workplace. *AAOHN Journal*, 51(7), 310-316.
- Mallam, K., Metcalf, B., Kirkby, J., Voss, L. et Wilkin, T. (2003). Contribution of timetabled physical education to total physical activity in primary school children : Cross sectional study. *British Medical Journal*, 327, 592-593.
- Martin, F. et Younger-Lewis, C. (1997). More than meets the eye : Recognizing and responding to spousal abuse. *Canadian Medical Association Journal*, 157(11), 1555-1558.
- Mattson, S. et Rodriguez, E. (1999). Battering in pregnant Latinos. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 405-422.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K. et coll. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse : Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1362-1368.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L. et Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence : A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 170-176.
- McClennen, J. C., Summers, A. B. et Daley, J. G. (2002). Lesbian partner abuse scale. *Research on Social Work Practice*, 12(2), 277-291.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N. et Dolen Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D) : Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(9), 861-866.
- McMullen O'Brien, S. (2002). Staying alive : A client with chronic mental illness in an environment of domestic violence. *Holistic Nursing Practice*, 16, 16-23.
- Melnick, D., Maio, R., Blow, F., Hill, E., Wang, S., Pomerantz, R. et coll. (2002). Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 53, 33-37.
- Metro Woman Abuse Council. (2003). Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused (Rep. No. 401). Ontario Hospital Association.
- Mezey, G. (2001). Domestic violence in health settings. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 543-547.
- Middlesex-London Health Unit. (2000). Task force on the health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario, Canada : Auteur.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Middlesex-London Health Unit. (2002). The health effects of woman abuse : The RUCS protocol – Routine universal comprehensive screening [dépliant], Auteur.

Ministry of Children and Youth Services (2000). Child Protection Act. Disponible : http://192.75.156.68/DBLaws/Statutes/English/96h02_e.htm

Ministère de la Justice du Canada (2003). Code criminel. Ottawa : gouvernement du Canada.

Ministère de la Justice du Canada (2003). La violence dans les fréquentations : Fiche d'information du ministère de la Justice du Canada. Disponible : <http://canada.justice.gc.ca/fr/ps/fm/datingfs.html>

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (2003). Signalement des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'enfants. Disponible : <http://www.children.gov.on.ca/mcys/french/resources/publications/child-abuse.asp>

Ministry of Health (1998). Family violence : Guidelines for health care sector providers to develop practice protocols. Disponible : [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/\\$FILE/FamViol.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/$FILE/FamViol.pdf)

Ministry of Health (2002). Family violence intervention guidelines : Child and partner abuse. Disponible : [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/\\$FILE/family-violence.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/$FILE/family-violence.pdf)

Ministry of Health and Long-Term Care Public Health (2003). The Public Health and Epidemiology Report Ontario. Disponible : http://www.searchontario.gov.on.ca/cgi-bin/moh/format_sr.pl?query=patterns+of+screening+for+woman+abuse&offset=0&language=en&url=http%3A%2F%2Fwww.health.gov.on.ca

Mueller, D. et Thomas, H. (2001). The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women. Disponible : www.city.hamilton.on.ca/PHCS/EPHPP/Research/Full-Reviews/SpousalAbuse.pdf

Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y. et Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence : A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 387-396.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Nelson, H. D., Nygren, P. et McInerney, Y. (2004). Screening for family and intimate partner violence (Systematic evidence review). Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality.

Nucero, P. et O'Conner, P. (2002). Identification of domestic violence in the emergency department. *New Jersey Nurse*, 32, 1-3.

Ohio Domestic Violence Network. (2003). Promising practices : Standards for domestic violence programs in Ohio. ODVN Promising Practices Program Standards for Domestic Violence Programs.

Oriel, K. A. et Fleming, M. F. (1998). Screening men for partner violence in a primary care setting : A new strategy for detecting domestic violence. *The Journal of Family Practice*, 46(6), 493-236.

Organisation des Nations unies (1993). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Disponible : <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/PDF/N9409506.pdf?OpenElement>

Osattin, A. et Short, L. M. (1998). Intimate partner violence and sexual assault : A guide to training materials and programs for health care providers. Disponible : <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/pdf/newguide.pdf>

Paluzzi, P., Gaffikin, L. et Nanda, J. (2000). The American College of Nurse-Midwives domestic violence education project : Evaluation and results. *Journal of Midwifery et Women's Health*, 45(5), 384-391.

Papadopoulos, I. et Lees, S. (2001). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 258-264.

Paranjape, A. et Liebschutz, J. (2003). STaT : A three question screen for intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 12, 233-239.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Parkinson, G. W., Adams, R. C. et Emerling, F. G. (2001). Maternal domestic violence screening in an office based pediatric practice. *Pediatrics*, 108(3), 1-9.
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (2004). Women abuse in the perinatal period : Guidelines for care providers. Ottawa : Auteur.
- Pinn, V. W. et Chunko, M. T. (1997). The diverse faces of violence : minority women and domestic abuse. *Academic Medicine*, 72(1), 65-71.
- Poirier, L. (1997). The importance of screening for domestic violence in all women. *The Nurse Practitioner*, 22, 105-122.
- Pottie Bunge, V. et Locke, D. (2000). Family violence in Canada : A statistical profile 2000. Ottawa : Canadian Centre for Justice Statistics.
- Prochaska, J., DiClemente, C. et Norcross, J. (1992). In search of how people change : Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Punukollu, M. (2003). Domestic violence : Screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52(7), 1-6.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Rabin, B., Markus, E. et Voghera, N. (1999). A comparative study of Jewish and Arab battered women presenting in the emergency room of a general hospital. *Social Work in Health Care*, 29(2), 69-84.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L. et Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*, 325, 314-318.
- Randall, M. et Haskell, L. (1995). Sexual violence in women's lives. Findings from the Women's Safety Project, a community based survey. *Violence Against Women*, 1(1), 6-31.
- Read, J. et Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients : To ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49, 355-359.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002). Toolkit : implementation of clinical practice guidelines. Toronto, Canada : Auteur.
- Renker, P. R. (2002). « Keep a blank face. I need to tell you what has been happening to me. » Teens' stories of abuse and violence before and during pregnancy. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(2), 109-116.
- Reynolds, C. et Schweitzer, A. (1998). Responding to woman abuse : A protocol for health care professionals. London : London Battered Women's Advocacy Centre.
- Rhodes, K. V., Lauderdale, D. S., He, T., Howes, D. S. et Levinson, W. (2002). « Between me and the computer » : Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of Emergency Medicine*, 40(5), 476-495.
- Robinson, J. R., Clements, K. et Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, and predictors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(4), 32-41.
- Rodgers, L. (1994). Wife assault : The findings from a national survey. *Statistics Canada*, 14, 1-21.
- Rodriguez, M., Szkupinski Quiroga, S. et Bauer, H. (1996). Breaking the silence : Battered women's perspective on medical care. *Archives of Family Medicine*, 5(3), 153-158.
- Rosovsky, L. et Inions, N. J. (2003). Canadian health information : A practical legal and risk management guide (3e éd.). Markham : Butterworths.
- Ross, M. (2002). Nursing education and violence prevention, detection and intervention.
Disponibile : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

San Francisco Medical Society. (2003). Domestic violence : A practical approach for clinicians.
Disponible : www.sfms.org/brochure.html

Santa Clara County Domestic Violence Council. (2003). Domestic violence protocol for health providers.
Disponible : www.growing.com/nonviolent/protocol/sccdvhphp.htm

Santé Canada. (1999a). Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : Lignes directrices à l'intention des médecins. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-hnbk-physician_f.pdf

Santé Canada. (1999b). Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-hnbk-pregnancy_f.pdf

Santé Canada. (1999c). Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne.
Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/rapport/toward/apercu.html>

Santé Canada. (2003). La violence familiale au Canada : un profil statistique 2003.
Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fv-2003-famvioprofil_f.pdf

Senseman, R. L. (2002). Screening for intimate partner violence among gay and lesbian patients in primary care.
Clinical Excellence for Nurse Practitioners, 6(4), 27-32.

Sharps, P., Koziol-McLain, J., Campbell, J., McFarlane, J., Sachs, C. et Xu, X. (2001). Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. Preventive Medicine, 33(5), 373-380.

Shepard, M. F., Elliot, B. A., Falk, D. R. et Regal, R. R. (1999). Public health nurses' response to domestic violence : A report from the Enhanced Domestic Abuse Intervention Project. Public Health Nursing, 16, 359-366.

Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X.-Q., Zitter, R. E. et Shakil, A. (1998). HITS : A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. Family Medicine, 30(7), 508-512.

Short, L. M. et Rodriguez, R. (2002). Testing an intimate partner violence assessment icon form with battered migrant and seasonal farmworker women. Women and Health, 35, 181-192.

Shoultz, J., Phillion, N., Noone, J. et Tanner, B. (2002). Listening to women : Culturally tailoring the violence prevention guidelines from the Put Prevention into Practice program. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 14(7), 307-315.

Sitterding, H. A., Adera, T. et Shields-Fobbs, E. (2003). Spouse/partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 23, 54-63.

Smith, E. (2004). Nowhere to turn? Responding to partner violence against immigrant and visible minority women.
Disponible : http://www.ccsd.ca/pubs/2004/nowhere/nowhere_to_turn.pdf

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (1996). Violence against women. SOGC Clinical Practice Guidelines
Disponible : www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps46.pdf

Statistics Canada. (1994). Violence against women survey 1993. Ottawa : Auteur.

Statistique Canada. (2000). Enquête sociale générale 1999. Ottawa : Auteur.

Statistique Canada. (2004). La violence familiale au Canada : un profil statistique 2004. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique.

Stevens, L. (2003). Improving screening of women for violence-basic guidelines for physicians.
Disponible : www.medscape.com/viewprogram/2777_pnt

Stringham, P. (1999). Domestic Violence. Mental Health, 26(2), 373-384.

Suderman, M. et Jaffe, P. (1993). Violence in teen dating relationships : Evaluation of a large scale primary prevention program. Executive summary. Disponible : <http://www.lfcc.on.ca/teendate.htm>

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Swenson-Britt, E., Thornton, J. E., Hoppe, S. K. et Brackley, M. H. (2001). A continuous improvement process for health providers of victims of domestic violence. *Journal on Quality Improvement*, 27(10), 540-554.
- Taft, A., Broom, D. H. et Legge, D. (2004). General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family : Qualitative study. *British Medical Journal*, 10, 1-4.
- Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J. et Lavis, V. et coll. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, 327(7416), 673-676.
- The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC) (2000). Domestic Violence : la resource manual for healthcare providers for the state of Delaware : Part 3 : Health care provider's response. *Delaware Medical Journal*, 72(12), 527-534.
- Tjaden, P. et Thoennes, N. (1998). Prevalence, incidence and consequences of violence against women : Findings from the National Violence against Women survey (Rep. No. NCJ 172837). U.S. Department of Justice.
- Vann, A. A. (2003). Developing culturally-relevant responses to domestic abuse. National Resource Center on Domestic Violence. Disponible : http://www.vawnet.org/NRCDDVPublications/TAPE/Papers/NRCDDV_Asha.pdf#page=3
- Waller, A. E., Hohenhaus, S. M., Shah, P. J. et Stern, E. A. (1996). Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 27(6), 754-760.
- Warshaw, C., Ganley, A. L. et Salber, P. R. (1993). Improving the health care response to domestic violence : A resource manual for health care providers. San Francisco : Family Violence Prevention Fund.
- Wasson, J. H., Jette, A. M., Anderson, J., Johnson, D. J., Nelson, E. C. et Kilo, C. M. (2000). Routine, single-item screening to identify abusive relationships in women. *The Journal of Family Practice*, 49(11), 1017-1022.
- Wathen, C. N. et MacMillan, H. L. (2003). Prevention of violence against women : Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 169(6), 582-584.
- Webster, J., Stratigos, S. M. et Grimes, K. M. (2001). Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*, 17, 289-294.
- Weiss, S., Garza, A., Casaletto, J., Stratton, M., Ernst, A., Blanton, D. et coll. (2000). The out-of-hospital use of a domestic violence screen for assessing patient risk. *Prehospital Emergency Care*, 4, 24-27.
- Weiss, S., Ernst, A., Cham, E. et Nick, T. G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18, 131-141.
- Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J. et Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents : Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.
- Wiist, W. H. et McFarlane, J. (1999). The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1217-1221.
- Williams, G. B., Dou, M. et Leal, C. C. (2003). Violence against pregnant women : These two screening tools may prove valuable in identifying women at risk. *AWHONN Lifelines*, 7(4), 348-354.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé. Genève : auteur. Wright, C. (1996). The aftermath of tragedy... the Dunblane massacre. *Nursing Times*, 92(13), 18-19.
- Yick Flanagan, A. (2001). Domestic violence in ethnic minority communities : Guidelines for healthcare providers. *Journal of Professional Nursing*, 17(1), 33-39.
- Yoshihama, M., Clum, K., Cramptom, A. et Gillespie, B. (2002). Measuring the lifetime experience of domestic violence : Application of the life history calendar method. *Violence and Victims*, 17(3), 297-317.

Annexe A : Méthode de recherche de données probantes existantes

ÉTAPE 1 – Recherche dans la base de données

Une bibliothèque universitaire médicale a procédé à une recherche dans des bases de données pour trouver des lignes directrices existantes sur la violence faite aux femmes ou sur la violence familiale. Une recherche initiale des bases de données Medline, Embase et CINAHL, visant à trouver des lignes directrices des articles publiés entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2003, a été effectuée en utilisant les termes d'interrogation suivants : « domestic violence (physical or sexual abuse of spouse or intimate partner) », « violence against women », « intimate partner violence », « partner abuse », « spouse abuse », « screening », « assessment », « practice guideline(s) », « clinical practice guideline(s) », « standards », « consensus statement(s) », « consensus », « evidence-based guidelines » et « best practice guidelines ».

ÉTAPE 2 : Recherche structurée de sites Web

Une personne a procédé à une recherche sur 49 sites Web dont le contenu est lié au domaine concerné. Cette liste de sites, examinée et mise à jour à l'automne 2003, a été rédigée selon les connaissances actuelles sur les sites Web consacrés aux pratiques axées sur les données probantes, sur les sources d'élaboration de lignes directrices et sur les recommandations des publications spécialisées. La présence ou l'absence de lignes directrices et la date de la recherche ont été consignées pour chaque site de la recherche. Parfois, certains sites Web ne contenaient pas de lignes directrices, mais renvoyaient à un autre site Web ou à une autre source pour l'obtention d'une ligne directrice. Les lignes directrices ont été soit téléchargées, lorsque des versions complètes étaient disponibles, soit commandées par téléphone ou par courriel.

- Agency for Healthcare Research and Quality : <http://www.ahrq.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment : <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines : <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians : <http://www.chestnet.org/education/hsp/guidelines.php>
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org>
- British Medical Journal – Clinical Evidence : <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé : <http://www.ccohta.ca>
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health : <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Mental Health : <http://www.aston.ac.uk/lhs/research/med/EvidenceBP/ebmpacks.jsp>
- Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research : <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) : <http://www.crestni.org.uk>
- Infobanque AMC : Guides de pratique clinique : <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs-f/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrw/home/106568753/HOME>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness : http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_cldare_articles_fs.html
- Evidence-based On-Call : <http://www.eboncall.org>
- Government of British Columbia – Ministry of Health Services : <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Institute for Clinical Systems Improvement : <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health : <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute : <http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php>
- Medic8 : <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health : <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse : <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence : <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>
- Netting the Evidence: A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet : <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination : <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing & Midwifery Practice Dev. Unit : <http://www.nris.gcal.ac.uk/nmpdu.htm>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme : <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/ProjectData/index.asp>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database : <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Queen's University at Kingston : <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians : <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute : <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : <http://www.sign.ac.uk>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines : http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml
- The Canadian Cochrane Network and Centre : <http://cochrane.mcmaster.ca>
- The Qualitative Report : <http://www.nova.edu/ssss/QR>
- Trent Research Information Access Gateway : <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database : <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- University of California, San Francisco : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- University of Laval – Directory of Clinical Information Websites : <http://132.203.128.28/medecine>
- University of York – Centre for Evidence-Based Nursing : <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>

ÉTAPE 3 : Recherche avec un moteur de recherche Web

Une recherche Web visant à trouver des lignes directrices existantes sur la violence faite aux femmes a été effectuée par le biais du moteur de recherche Google en utilisant les termes d'interrogation indiqués ci-dessus. Une personne a procédé à cette recherche en notant les résultats des mots clés d'interrogation, les sites Web examinés, la date et un compte rendu des résultats. Les résultats de cette recherche ont été soumis à un autre examen critique par une deuxième personne, qui a déterminé des lignes directrices et des articles des publications spécialisées qui n'avaient pas été obtenus antérieurement.

ÉTAPE 4 : Recherche manuelle, contribution du groupe d'élaboration

En outre, les membres du groupe d'élaboration possédaient déjà certaines des lignes directrices retenues antérieurement. Dans certains cas, des membres du groupe d'élaboration ont trouvé des lignes directrices qui avaient échappé aux méthodes de recherche indiquées ci-dessus. Il s'agissait de lignes directrices élaborées par des groupes locaux ou par des associations professionnelles spécifiques. Cette démarche a permis d'obtenir une ligne directrice supplémentaire.

ÉTAPE 5 : Critères principaux d'évaluation

La méthode de recherche présentée ci-dessus a révélé vingt-quatre lignes directrices, plusieurs revues systématiques et de nombreux articles en relation avec la violence faite aux femmes.

L'étape finale, pour déterminer si une ligne directrice sur la pratique clinique devait faire l'objet d'un examen critique, consistait à faire évaluer la ligne directrice en fonction des critères suivants par le groupe d'évaluation, critères que celui-ci a choisis à l'unanimité :

- La ligne directrice était rédigée en anglais.
- La date indiquée sur la ligne directrice était ultérieure à 1999.
- La ligne directrice traitait uniquement du sujet en question.
- Lignes directrices fondées sur des données probantes (par ex., elle contient des références, des descriptions de données probantes, des sources de données probantes).
- La ligne directrice était accessible et il était possible de la récupérer.
- La ligne directrice avait été élaborée pour des populations similaires à celle du Canada.

RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Les résultats de la stratégie de recherche et de la décision de procéder à un examen critique des lignes directrices retenues sont présentés ci-dessous. Quatorze lignes directrices respectaient les critères d'évaluation et ont été soumises à un examen critique à l'aide de l'instrument *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE Collaboration, 2001).



TITRES DES LIGNES DIRECTRICES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE ÉVALUATION MÉTHODIQUE

British Columbia Reproductive Care Program (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. Disponible : <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>

Department of Health (DH) (2000). Domestic violence : A resource manual for health care professionals. Disponible : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>

Education Centre against Violence (2001). Routine screening for domestic violence in NSW health : An implementation package. Parramatta : Auteur.

Family Violence Prevention Fund (1999). Preventing domestic violence : Clinical guidelines on routine screening. Disponible : <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf>

Family Violence Prevention Fund (2004). National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. Disponible : <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>

Santé Canada (1999a). Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : Lignes directrices à l'intention des médecins. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-hnbk-physician_f.pdf

Santé Canada (1999b). Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-hnbk-pregnancy_f.pdf

Institute for Clinical Systems Improvement (2003). Domestic violence. Disponible : <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=170>

MacMillan, H. L. et Wathen, C. N. (2001). Prevention and treatment of violence against women : Systematic review and recommendations : Technical report. Disponible : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3657&nbr=2883

Metro Woman Abuse Council (2003). Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused (Rep. No. 401). Ontario Hospital Association.

Middlesex-London Health Unit (2000). Task force on the health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario : Auteur.

Ministry of Health (1998). Family violence : Guidelines for health care sector providers to develop practice protocols. Disponible : [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/\\$FILE/FamViol.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/$FILE/FamViol.pdf)

Ross, M. (2002). Nursing education and violence prevention, detection and intervention. Disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf

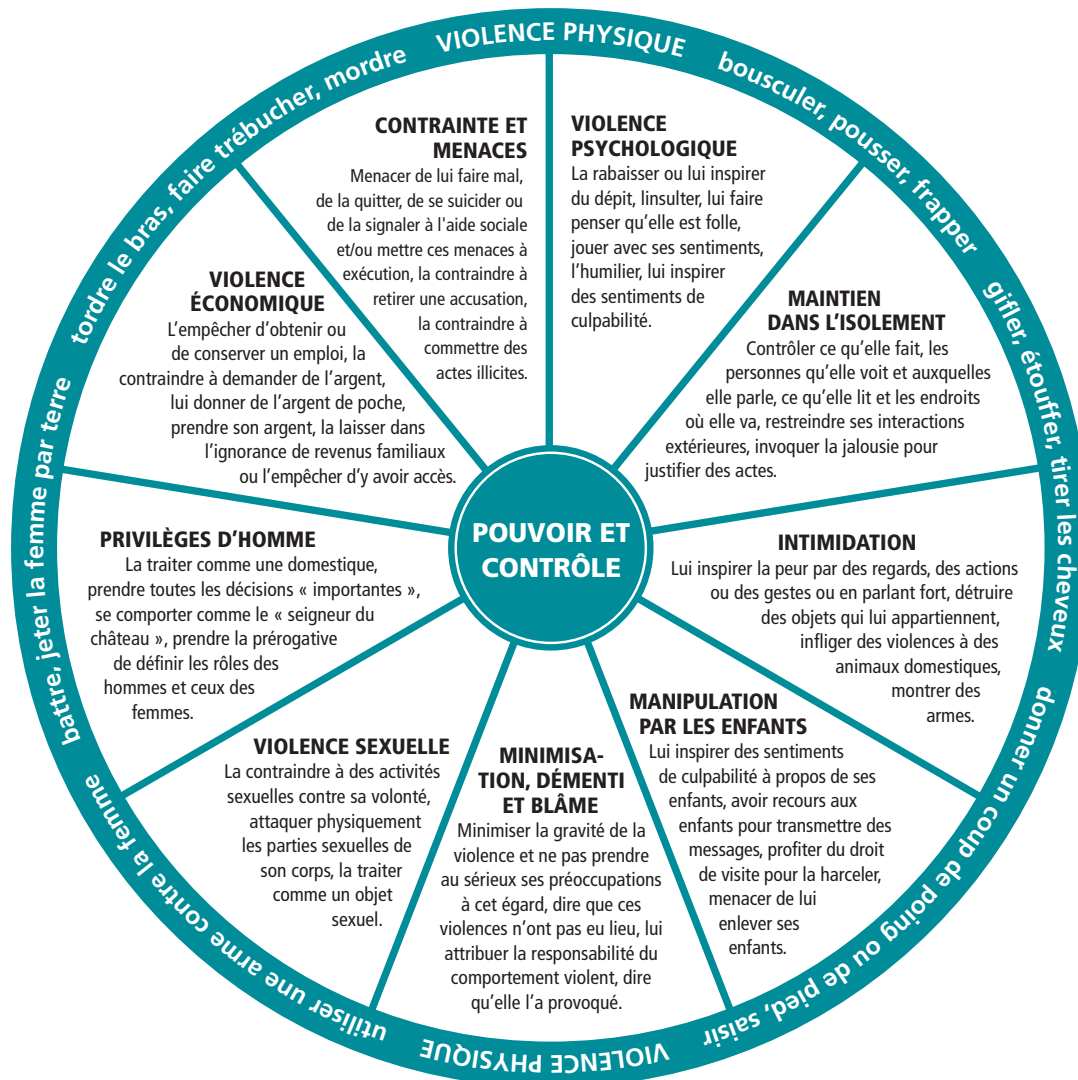
Yick Flanagan, A. (2001). Domestic violence in ethnic minority communities : Guidelines for healthcare providers. *Journal of Professional Nursing*, 17(1), 33-39.

Annexe B : Cercle du pouvoir et du contrôle

Le Cercle du pouvoir et du contrôle élaboré par le Domestic Abuse Intervention Project (Duluth, MN) est un outil visuel qui illustre la dynamique du pouvoir et du contrôle dans les relations violentes.

Au centre de ce comportement se trouve le désir qu'a le conjoint violent de conserver son pouvoir et son contrôle vis-à-vis de la femme et de leur relation. Bien que chaque auteur de violences soit susceptible d'adopter des types de comportement distincts pour conserver le pouvoir et le contrôle, les comportements violents tendent à présenter plusieurs traits communs. Les rayons du cercle illustrent ces traits communs, notamment : la violence psychologique, la violence économique, la violence sexuelle, le maintien dans l'isolement, l'intimidation, l'exercice de privilèges associés au sexe, les menaces, ainsi que l'utilisation manipulatrice des enfants ou d'autres personnes.

La circonférence du cercle illustre la menace générale ou l'usage direct de la violence physique destinés à forcer la femme subissant des violences à se plier à un contrôle et à lui demeurer soumise.



Annexe C : Outils d'évaluation destinés aux infirmières et aux infirmiers

Dépistage et évaluation de la violence – AAS (ABUSE ASSESSMENT SCREEN)¹

1. **DEPUIS UN AN**, avez-vous subi des coups, des coups de pied ou toute autre attaque physique infligée par une personne? OUI NON

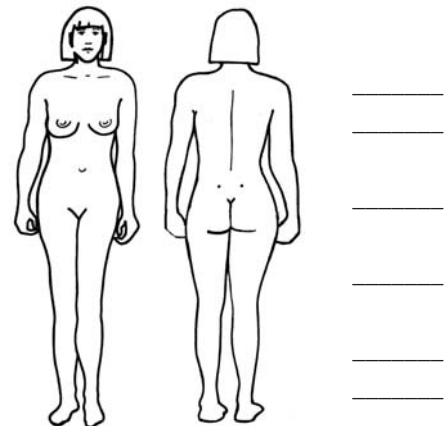
Si votre réponse est « OUI », par qui? _____
À combien d'occasions? _____

2. **DEPUIS VOTRE GROSSESSE**, avez-vous subi des coups, des coups de pied ou toute autre attaque physique infligée par une personne? OUI NON

Si votre réponse est « OUI », par qui? _____
À combien d'occasions? _____

INDIQUEZ LA ZONE DE LA BLESSURE SUR L'ILLUSTRATION DU CORPS.
ÉVALUEZ CHAQUE INCIDENT SELON L'ÉCHELLE SUIVANTE :

- 1 = Proférer des menaces de violence, y compris des menaces d'utilisation d'une arme
- 2 = Gifler, bousculer – aucune blessure et/ou douleur durable
- 3 = Donner un coup de poing ou un coup de pied, infliger une ecchymose, une coupure et/ou une douleur durable
- 4 = Rouer de coups, infliger des contusions graves, des brûlures, des fractures
- 5 = Infliger un traumatisme crânien, une blessure interne, une blessure permanente
- 6 = Utilisation d'une arme, blessure provoquée par une arme



Si plusieurs descriptions sont applicables, retenez celle dont la cote est la plus élevée.

3. **DEPUIS UN AN**, avez-vous été forcée à des activités sexuelles? OUI NON

Si votre réponse est « OUI », par qui? _____
À combien d'occasions? _____

Élaboré par le Nursing Research Consortium on Violence and Abuse. Le lecteur est invité à reproduire et à utiliser cet outil d'évaluation.

Source : McFarlane et Parker, (1994). In Fishwick, N. (1998). Assessment of women for partner abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27, 661-670. Autorisation de reproduire.

¹ Remarque : ceci est un outil validé.

Dépistage et évaluation de la violence – incapacité – AAS-D (ABUSE ASSESSMENT SCREEN– DISABILITY)²

L'AAS-D a été élaboré et mis à l'essai pour prendre en charge les différents types de violence que subissent les femmes qui ont des incapacités physiques.

1. Depuis un an, avez-vous subi des coups, des coups de pied ou toute autre attaque physique infligée par une personne? **OUI** **NON**

Si votre réponse est « OUI », par qui? (Encercler toutes les réponses applicables)

Partenaire intime Personne soignante Professionnel de la santé Membre de votre famille Autre

Décrivez ces événements : _____

2. Depuis un an, avez-vous été forcée à des activités sexuelles? **OUI** **NON**

Si votre réponse est « OUI », par qui? (Encercler toutes les réponses applicables)

Partenaire intime Personne soignante Professionnel de la santé Membre de votre famille Autre

Décrivez ces événements : _____

3. Y a-t-il quelqu'un qui, au cours de la dernière année, vous a empêché d'utiliser un fauteuil roulant, une canne, un respirateur ou une aide de locomotion? **OUI** **NON**

Si votre réponse est « OUI », par qui? (Encercler toutes les réponses applicables)

Partenaire intime Personne soignante Professionnel de la santé Membre de votre famille Autre

Décrivez ces événements : _____

4. Y a-t-il quelqu'un dont vous êtes dépendante et qui, au cours de la dernière année, a refusé de vous aider à satisfaire un besoin personnel important, par exemple prendre vos médicaments, aller aux toilettes, sortir du lit, vous habiller, boire ou prendre de la nourriture? **OUI** **NON**

Si votre réponse est « OUI », par qui? (Encercler toutes les réponses applicables)

Partenaire intime Personne soignante Professionnel de la santé Membre de votre famille Autre

Décrivez ces événements : _____

Abuse Assessment Screen Disability (AAS-D) (encercler votre réponse : OUI ou NON)

Source : McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N. et Dolen Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D) : Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health et Gender-Based Medicine*, 10 (9), 861-866. *Autorisation de reproduire.*

² Remarque : ceci est un outil validé.

Outil de dépistage de la violence faite aux femmes – WAST (WOMAN ABUSE SCREENING TOOL)³

1. Comment décririez-vous votre relation de manière générale?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

2. Avez-vous de la difficulté à régler vos disputes avec votre conjoint?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

3. Vous arrive-t-il de vous sentir triste ou découragée en raison de vos disputes?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

4. Vos disputes mènent-elles parfois à des coups de pied, à d'autres coups ou à des bousculades?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

5. Vous arrive-t-il de ressentir de la peur en raison des gestes ou des paroles de votre partenaire?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

6. Votre partenaire vous a-t-il déjà infligé des violences physiques?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

7. Votre partenaire vous a-t-il déjà infligé des violences psychologiques?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

8. Votre partenaire vous a-t-il déjà infligé des violences sexuelles?

- Beaucoup de tension Une certaine tension Pas de tension

Source : Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., et Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903. Autorisation de reproduire.

³ Remarque : ceci est un outil validé.

Annexe D : Formulation des questions initiales

Commencez par donner des explications simples sur les raisons pour lesquelles ces questions sont posées.

Par exemple :

« Comme la violence faite aux femmes est un phénomène très courant dans la vie de plusieurs personnes, j'ai maintenant pour principe d'interroger toutes mes clientes à ce sujet. »

« Plusieurs des femmes que je rencontre doivent faire face à la violence dans leurs relations. Certaines ont trop peur ou se sentent trop mal à l'aise pour parler d'elles-mêmes et j'ai donc commencé à poser systématiquement des questions. »

Posez ensuite des questions spécifiques.

Par exemple :

« Vous a-t-on déjà fait mal ou menacée? »

« Vivez-vous présentement ou avez-vous déjà vécu une relation dans laquelle votre partenaire vous a fait mal, vous a menacée ou vous a poussée à avoir peur (ou à vous sentir en danger)? »

« Avez-vous déjà subi des violences psychologiques, physiques ou sexuelles infligées par votre partenaire ou par une personne importante pour vous? »

Références :

1. Department of Health (2000). Domestic violence : A resource manual for health care professionals.

Disponible : www.doh.gov.uk/pdfs/domestic.pdf

2. Family Violence Prevention Fund (1999). Preventing domestic violence : clinical guidelines on routine screening.

Disponible : <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf>

Considérations spécifiques relatives aux adolescentes

« Chaque personne a le droit d'être en sécurité et de choisir ce qu'elle fait de son corps. »

« Parfois, certaines personnes nous disent et font des choses qui peuvent nous blesser, nous troubler et nous rendre mal à l'aise. Avez-vous déjà eu ce sentiment en raison du comportement d'une autre personne? »

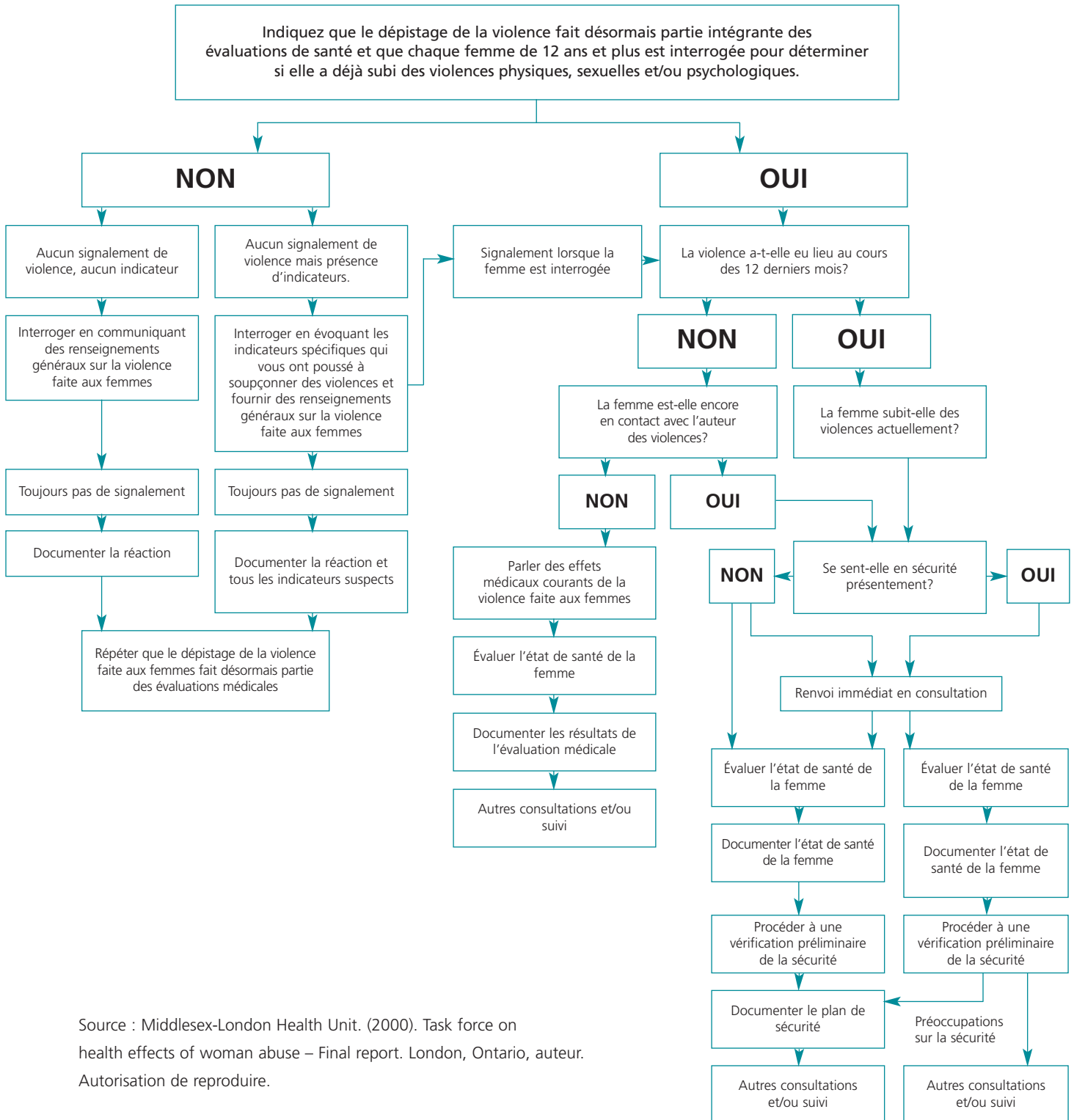
Tenez compte des réponses de la cliente pour orienter votre ou vos autres questions.

Conseils :

- Il est possible que vous ayez à définir le mot « blesser » dans des mots qui conviennent à l'âge de la cliente. Consultez l'Annexe L (« Les huit formes de violence »).
- Évitez les mots tels que « mauvais ». Par ce mot, une jeune personne pourrait penser que vous dites qu'elle se comporte mal ou qu'elle a commis de mauvaises actions.
- Évitez les questions directives; soyez directe et allez droit aux faits; laissez la jeune personne répondre dans ses propres mots.
- Afin que vous puissiez obtenir la confiance d'une jeune femme, votre entrée en matière devra être plus lente.
- Il sera peut-être nécessaire d'expliquer que des violences sexuelles, bien qu'il s'agisse d'un acte qu'elle n'a pas voulu, peuvent faire en sorte « qu'elle se sente bien ». Ceci ne rend pas de tels actes acceptables pour autant.

Annexe E : Cheminements cliniques

1. Protocole détaillé de dépistage de routine et généralisé – RUCS (Routine Universal Comprehensive Screening)

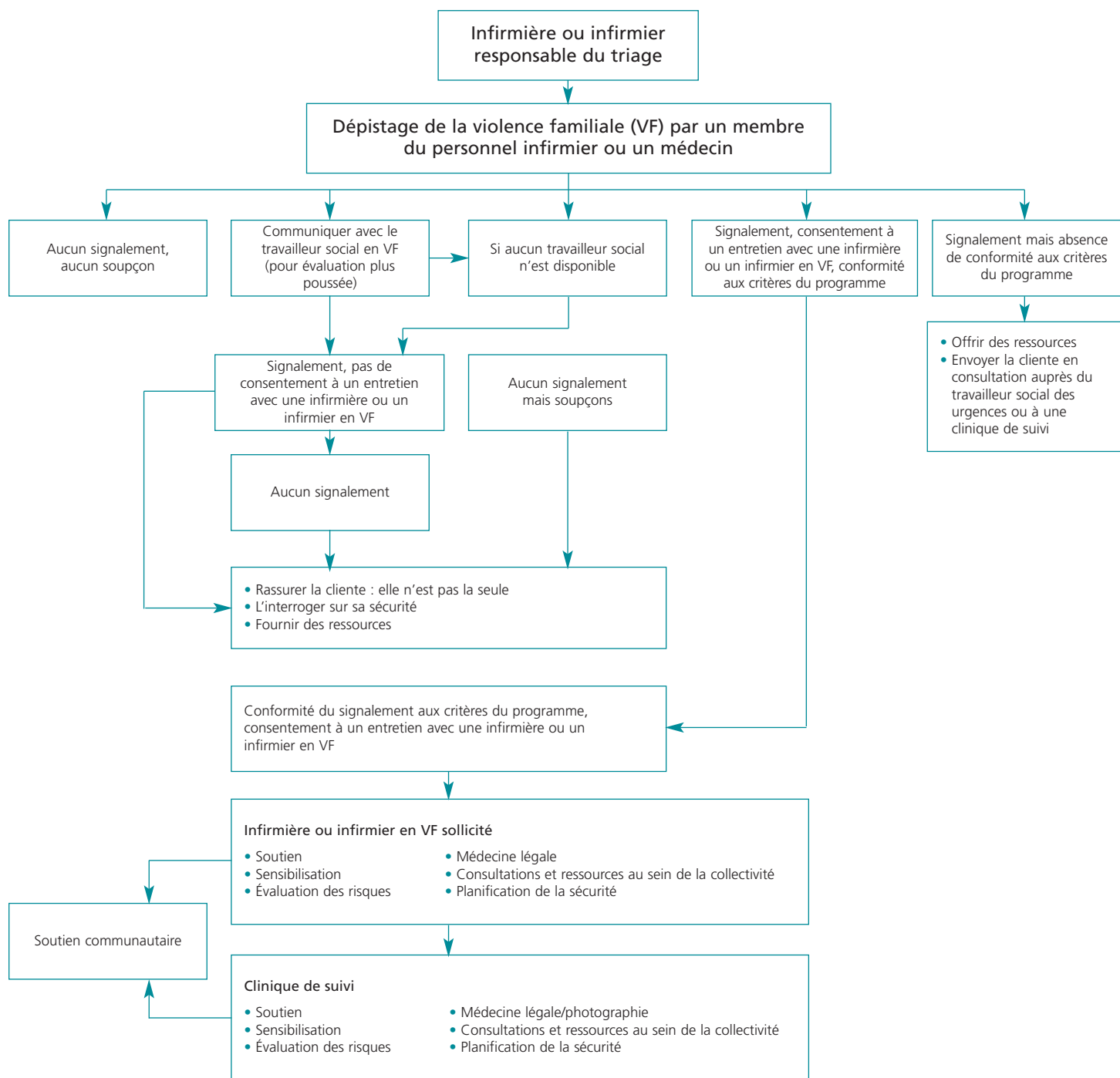


Source : Middlesex-London Health Unit. (2000). Task force on health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario, auteur. Autorisation de reproduire.

2. Exemple d'organigramme décisionnel d'un service des urgences

Organigramme du programme de généralisation du volet de la violence familiale

Une personne arrive au service des urgences (accompagnée ou non de la police)



Source : Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario. Autorisation de reproduire.

Annexe F : Aide-mémoire ACCD-RS

Les principes directeurs qui aideront les infirmières et infirmiers à réaliser une intervention de dépistage efficace sont résumés par le sigle **ACCD-RS** (MLHU, 2000).

A – Attitude et Accessibilité du fournisseur de soins de santé

C – Conviction accordée aux faits relatés par la femme sur sa propre expérience de violence

C – Confidentialité, essentielle pour le signalement

D – Documentation, qui doit être à la fois cohérente et lisible

R – Respect de l'intégrité de chaque femme et de sa compétence vis-à-vis des décisions qu'elle prend sur sa vie

S – Sensibilisation sur la gravité des répercussions de la violence sur la santé

Reconnaissance du fait que le problème de violence, une fois que celui-ci a été cerné, doit être résolu au rythme que la femme est encline à adopter et conformément aux décisions qu'elle prend

A – ATTITUDE ET ACCESSIBILITÉ :

- Traiter le client avec respect, dignité et compassion.
- Être sensible aux différences d'âge, de culture, de langue, d'appartenance ethnique et d'orientation sexuelle.
- Indiquer clairement que les victimes ne sont pas coupables des violences qu'elles subissent et que c'est l'auteur de ces violences qui en est responsable.
- Insister sur le fait que personne n'a le droit de recourir à la violence physique, sexuelle ou psychologique pour contrôler les gestes d'autrui.
- Insister sur le fait que la violence physique et sexuelle est illégale au Canada.
- Faire valoir, par le choix de vos mots, l'expression du visage et le langage corporel, une position non menaçante et dépourvue de jugements critiques.
- Exprimer des inquiétudes pour la sécurité de la femme.
- Reconnaître la force dont elle a fait preuve en subissant la violence et en vous en faisant part.
- Offrir un soutien.
- Éviter toute critique excessive de l'auteur des violences.

C – CONVICTION :

- Indiquez, par vos mots et par vos gestes, que vous croyez ce qu'elle vous dit.
- Ne pas oublier que la peur de ne pas être crue pousse beaucoup de femmes à garder le silence; il est possible que l'auteur des violences l'ait convaincue que personne ne la croira si elle signale les violences.
- Aider la femme à comprendre que la plupart des gens tentent de supprimer des souvenirs qui sont trop accablants; en cas de signalement de violences rétrospectives, il est possible qu'elle ne soit pas certaine des événements et des lieux où ils sont survenus.
- Rassurer la femme, de manière à l'inciter à se sentir confiante de ses perceptions sur les violences.

C – CONFIDENTIALITÉ :

- Organiser l’entrevue en privé, en l’absence du partenaire et des membres de la famille.
- Dans les cas où un interprète est nécessaire, recourir à un interprète professionnel, plutôt qu’à un ami ou à un membre de la famille.
- Indiquer directement à la femme les politiques et les procédures qui sont utilisées, dans le cadre de votre pratique ou de votre établissement, pour préserver la confidentialité des renseignements des clients.
- Assurer la femme que vous ne divulguez pas de renseignements sans sa permission écrite.
- Indiquer les exceptions à cet engagement de confidentialité : a) en cas de violence ou de négligence à l’égard d’un enfant, b) dans les cas où le professionnel de la santé a des raisons de craindre pour la santé d’un tiers et c) lorsque le dossier est visé par l’ordonnance d’un tribunal.
- Indiquer à la femme que les renseignements qu’elle fournit sont consignés afin de vous aider à fournir des services médicaux et des consultations adéquates, et pour que ces services et ces consultations puissent être disponibles ultérieurement, dans l’éventualité où la femme vous autoriserait à divulguer ses renseignements.

D – DOCUMENTATION :

- Tenir une documentation cohérente et lisible.
- Indiquer la distinction entre les observations du personnel infirmier et les témoignages de la femme.
- Consigner des renseignements sur le premier, le pire et le plus récent incident de violence.
- Si la femme a subi la violence de plus d’une personne, distinguer les différents auteurs de violences et les blessures ou répercussions médicales spécifiques qui sont associés à chaque incident.
- Indiquer la fréquence des incidents de violence, ainsi que toute augmentation de la fréquence ou du degré de gravité.
- Éviter les énoncés subjectifs et les spéculations qui pourraient amoindrir la crédibilité de la femme.
- Reprendre le plus souvent possible les mots utilisés par la femme elle-même en les indiquant entre guillemets.
- Utiliser des diagrammes et/ou des photographies, lorsqu’il est possible de le faire, pour documenter des blessures physiques.

R – RESPECT ET RECONNAISSANCE :

- Respecter l’intégrité de la femme et l’autonomie avec laquelle elle prend des décisions sur sa vie.
- Reconnaître qu’elle doit résoudre son problème de violence à son propre rythme.
- Reconnaître que la femme qui subit des violences a une grande compétence en ce qui a trait aux violences qu’elle subit et à leur auteur.
- Souligner la force et les aptitudes de résilience dont elle a fait preuve.
- Ne pas tenter de lui prescrire des démarches spécifiques : il faut, au contraire, l’aider à comprendre les possibilités qui s’offrent à elle; elle doit choisir elle-même les démarches qui lui permettront d’atteindre ses propres objectifs et priorités.
- Offrir à la femme de la recommander en consultation auprès de services spécialisés et d’assurer un suivi.
- Ne pas catégoriser la femme comme une femme réfractaire ou non conforme si elle n’accepte pas vos conseils; indiquer clairement que vous respectez son choix et que vous continuerez de l’appuyer en votre qualité de personne soignante.
- Vérifiez que tous les médicaments que vous lui offrez pour l’aider à résoudre ses problèmes de stress et/ou de sommeil ne restreignent pas son aptitude à agir pour elle-même d’une manière adéquate.
- Aider la femme à reconnaître qu’elle ne peut pas contrôler les gestes d’autrui et qu’elle peut uniquement décider de ses propres gestes.

S – SENSIBILISATION :

- Sensibiliser la femme sur la violence et ses effets sur la santé.
- Aider la femme à comprendre qu'elle n'est pas seule.
- Tenter de faire jouer à la femme un rôle actif dans la continuité des soins à long terme en lui offrant des consultations et un suivi appropriés.
- Connaître les ressources communautaires disponibles et aider la femme à choisir les services dont elle a besoin lorsqu'elle sera prête à demander de l'aide.
- Dans votre bureau ou à votre établissement, installer des affiches, des dépliants et d'autres renseignements disponibles sur la violence faite aux femmes.
- Fournir à la femme des informations sur les services d'assistance téléphonique pour femmes victimes de violence.

ACCD-RS

À NE JAMAIS FAIRE!

- **Blâmer la victime.**
- **Lui poser des questions sur la violence en présence de l'auteur des violences.**
- **Minimiser, nier ou faire peu de cas de ce qu'elle dit.**
- **Se confronter à l'auteur des violences.**
- **Proposer la consultation d'un conseiller matrimonial ou une consultation commune.**
- **Vous attirer l'inimitié de la femme en critiquant son partenaire.**
- **Critiquer une femme qui décide de rester avec un partenaire violent.**

Adapté de : Santé Canada, Family Violence Prevention Unit (1999) et Middlesex-London Health Unit (2000).

Source : Middlesex-London Health Unit (2000). Task force on the health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario : Auteur. *Autorisation de reproduire.*

Annexe G : Obstacles au dépistage et au signalement

Il existe des obstacles importants qui restreignent les efforts de dépistage et de signalement tant chez le client que chez le clinicien. Il est nécessaire que le personnel infirmier comprenne ces obstacles.

Voici certains obstacles au dépistage chez le fournisseur de soins :

- La crainte d'ouvrir une « boîte de Pandore »,
- La crainte d'insulter la cliente,
- Hétérosexisme, préjugés de classe, racisme,
- Manque de temps,
- Le fait de ne pas savoir quoi faire si la violence est confirmée,
- Le fait de penser que toute tentative d'aide est inutile,
- La mentalité « pas dans mon milieu de pratique »,
- L'idée que la violence a été provoquée par la victime, et
- Le manque de conscience de la violence faite aux femmes, notamment :
 - Le fait de ne pas reconnaître certains actes de violence comme des formes de violence, et
 - Un manque de soutien dans l'établissement.

Voici certains obstacles au dépistage chez la cliente :

- Les enfants,
- Les valeurs culturelles ou religieuses,
- La crainte de subir des violences ou des représailles si l'auteur des violences apprend qu'il a été signalé,
- L'isolement,
- La crainte de nuire à sa situation aux fins de l'immigration,
- La crainte que le partenaire soit arrêté,
- La stigmatisation lorsque les questions sont réservées à certaines femmes seulement,
- L'espoir de voir le partenaire changer, et
- Le manque de connaissance des ressources disponibles.

Références : The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC) (2000).

Domestic violence : A resource manual for healthcare providers for the State of Delaware: Part 3 : Healthcare provider's response.

Delaware Medical Journal, 72, 527-534.

Annexe H : Planification de la sécurité

A. Veiller à ce que la femme soit en sécurité à tout moment

Réfléchir – Où se trouve l’auteur des violences actuellement? S’il se trouve actuellement dans l’établissement de santé, la femme croit-elle qu’il pourrait poser un risque pour elle-même, pour ses enfants ou pour les fournisseurs de soins? Est-il nécessaire de demander l’aide de la police ou du service de sécurité? L’auteur des violences soupçonne-t-il que l’entrevue a lieu? A-t-il insisté pour participer à l’entrevue? (MLHU, 2000)

B. Remplissez une liste de vérification sur la sécurité en compagnie de la femme

L’infirmière ou l’infirmier aide la femme à évaluer :

1. Le danger auquel la femme est exposée :
 - Dans quelle mesure est-elle en contact avec son partenaire?
 - Le partenaire a-t-il enfreint une « ordonnance de non-communication »?
2. La nature des contacts récents avec le partenaire :
 - Le partenaire est-il menaçant?
 - Exprime-t-il des sentiments de désespoir?
(par ex. : « je ne peux pas vivre sans toi » ou « tu seras avec moi ou avec personne d’autre »)
 - Dans quelle mesure la femme a-t-elle peur de ne pas se conformer aux demandes de son partenaire?
3. La nature des violences :
 - La fréquence ou la gravité des violences augmente-t-elle?
 - Le partenaire est-il en possession d’une arme ou menace-t-il d’acheter une arme?
4. Événements importants :
 - La femme est-elle enceinte?
 - Prévoit-elle mettre un terme à la relation?
 - Prévoit-elle entreprendre une nouvelle relation?
 - Commence-t-elle un nouvel emploi ou fait-elle des études?
 - Doit-elle se présenter prochainement à un tribunal (pour des accusations d’agression, une séparation ou un divorce, la garde d’un enfant)?
5. Réseaux de soutien
 - La femme est-elle isolée (par des obstacles linguistiques, par manque de moyens de transport, par manque de mobilité)?
 - Y a-t-il d’autres personnes qui ont connaissance des violences? Offrent-elles un soutien?

Références : London Abused Women’s Centre [anciennement désigné comme le Battered Women’s Advocacy Centre] (2001). Safety resource kit for abused women. London, Ontario : Auteur.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

C. Élaborer un plan de sécurité en compagnie de la femme

Inciter la femme à :

1. Informer quelqu'un à propos des violences.
2. Dresser une liste de numéros de téléphone d'urgence.
3. Prévoir un itinéraire de fuite – où aller en cas d'urgence.
4. Préparer une valise contenant des vêtements essentiels pour elle-même et pour les enfants; inclure des articles de réconfort, par exemple un jouet de prédilection des enfants; la valise doit être laissée chez quelqu'un en qui la femme a confiance.
5. Rassembler les documents essentiels et les conserver dans un endroit sécuritaire : numéro d'assurance sociale, actes de naissance, permis de conduire, passeport ou autre pièce d'identification avec photographie, numéros de comptes bancaires, copie d'acte de mariage et tout document du tribunal tel que les ordonnances restrictives, les engagements de ne pas troubler l'ordre public, voire les documents relatifs à la garde et aux visites des enfants.

Pour obtenir plus de renseignements sur les plans de sécurité, communiquez avec le refuge de votre région ou consultez le site www.shelternet.ca.



Annexe I : Ressources communautaires

Liste de ressources communautaires

Les professionnels doivent tenir à jour une liste de ressources disponibles dans leurs collectivités respectives à des fins de consultation pour venir en aide aux femmes qui ont subi des violences. Le tableau suivant contient des suggestions de catégories de ressources pouvant être incluses.

RESSOURCES	COORDONNÉES	TÉLÉPHONE/ADRESSE	REMARQUES
POLICE			
REFUGES			
■			
■			
■			
SERVICES D'AIDE AUX VICTIMES			
■ Policier			
■ Judiciaire			
■ Autre			
ASSISTANCE (AGRESSION SEXUELLE)			
■			
■			
CENTRES POUR FEMMES			
■			
SERVICES D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE EN CAS DE CRISE			
■			
■			
SERVICES MÉDICAUX/DE SANTÉ			
■			
■			
SERVICES DE COUNSELLING POUR FEMMES			
■			
ASSISTANCE JURIDIQUE			
■ Aide juridique			
■ Répertoires d'avocats			
■ Autres			
SERVICES POUR AUTOCHTONES			
■			
■			
SERVICES POUR IMMIGRANTS/RÉFUGIÉS			
■			
SERVICES D'INTERPRÉTATION			
ORGANISMES ETHNOCULTURELS S'OCCUPANT DES PROBLÈMES DE LA VIOLENCE			
■			
SOCIÉTÉ D'AIDE À L'ENFANCE			
■			
PROGRAMMES POUR HOMMES QUI INFLIGENT DES VIOLENCES À DES FEMMES			
CENTRES D'INFORMATION/RÉSEAUX			
AUTRES			

Adapté de : Santé Canada (1999b). Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Ottawa : Auteur. Autorisation de reproduire.

Annexe J : Ressources éducatives

Cette annexe contient des ressources que le groupe d'élaboration a jugées utiles, sans qu'elles constituent pour autant une liste exhaustive.

Films vidéo

1) It's Not Like I Hit Her

Hillary Jones-Farrow et Judith Blackwell. Réalisatrice : Hillary Jones-Farrow.

Produit pour la Victoria Family Violence Prevention Society par l'Educating Toward Change Society, 2541, rue Empire, Victoria, Colombie-Britannique. Tél. : 250 380-1955

Disponible : Kinetic Inc., 511, rue Bloor Ouest, Toronto, Ontario, M5S 1Y4.

Tél. : 1 800 263-6910 ou 416 538-6613 Téléc. : 416 538-9984 <http://www.kineticvideo.com>

Nous reconnaissons tous que la violence physique n'est pas acceptable. Mais qu'en est-il des formes moins saisissables de violence psychologique? Par ses tactiques de critique, d'isolement et d'intimidation envahissants et permanents, la violence psychologique peut ruiner l'estime de soi. Dans le film *It's Not Like I Hit Her*, des acteurs représentent des scènes fondées sur des histoires vécues où sont illustrées les différentes formes que la violence psychologique peut revêtir. Des hommes qui ont antérieurement commis des violences expliquent comment et pourquoi ils ont eu recours à la violence psychologique pour contrôler et démoraliser leurs conjointes, tandis que des femmes réchappées révèlent les effets néfastes que la violence psychologique a eu sur leur vie.

2) One Hit Leads to Another

Produit pour la Victoria Family Violence Prevention Society par l'Educating Toward Change Society, 2541, rue Empire, Victoria, Colombie-Britannique. Tél. : 250 380-1955

Disponible : Kinetic Inc., 511, rue Bloor Ouest, Toronto, Ontario, M5S 1Y4.

Tél. : 1 800 263-6910 ou 416 538-6613 Téléc. : 416 538-9984 <http://www.kineticvideo.com>

Pour communiquer plus efficacement son message sur la nature véritable de la violence entre conjoints, ce film a recours au jeu d'acteurs supérieurs et convaincants qui retiennent l'attention des spectateurs. La violence chronique que des hommes infligent à des femmes dans le cadre de leurs relations est loin de se résumer à une simple question de colère : pour y mettre fin, il faut beaucoup plus qu'un simple « NON! »

3) *Time To Change*

Hillary Jones-Farrow et Judith Blackwell. Réalisatrice : Hillary Jones-Farrow.

Produit par la Victoria Family Violence Prevention Society 2541, rue Empire, Victoria, Colombie-Britannique. Phone: 250 380-1955

Disponible : Kinetic Inc., 511, rue Bloor Ouest, Toronto, Ontario, M5S 1Y4.

Tél. : 1 800 263-6910 ou 416 538-6613 Téléc. : 416 538-9984 <http://www.kineticvideo.com>

Time to Change est la suite de *One Hit Leads to Another*. Ce documentaire dramatisé examine les causes de la violence familiale et la nature des possibilités de traitement de groupe qui sont offertes aux hommes.

4) *The Voices of Survivors. Domestic Violence Survivors Educate Physicians*

Produit par : ACP-ASIM 1999 American College of Physicians – American Society of Internal Medicine, Philadelphie, PA.

Disponible : American College of Physicians, Philadelphie, PA. Tél. : 215 351-2400 <http://www.acponline.org>

The Voices of Survivors illustre l'importance du dépistage. Ce film peut être utilisé pour l'éducation des personnes de différentes disciplines de la santé.

5) *Universal Screening for Domestic Abuse as Standard of Practice. The Emergency Room Nurses' Experience*

Jude Poirier, 2001.

Disponible : Domestic Violence Program, Vancouver General Hospital : Vancouver, Colombie-Britannique
Tél. : 604 875-4924 ou vlymburn@vanhosp.bc.ca

6) *Woman Abuse Training Video*

Produit par le réseau ontarien des Centres de traitement et de soins en cas d'agression sexuelle et de violence familiale

Disponible : <http://www.satcontario.com> Tél. : 416 323-6400 x4472

Un film de 11 minutes visant à éduquer les professionnels de la santé à propos de la violence faite aux femmes en tant que problème de santé. Des femmes et des fournisseurs de soins divers sont présentés dans différentes situations illustrant la violence faite aux femmes et la réaction du système de santé. Les questions de dépistage, les réponses et les ressources de la collectivité y sont présentées. Le milieu de soins présenté est un hôpital et un service des urgences, plutôt qu'un contexte communautaire – bien que le contenu du film soit applicable à tous ces types de milieux.

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

Sites Web

Centres de traitement et de soins en cas d'agression sexuelle et de violence familiale en Ontario
<http://www.satcontario.com>

Centre national d'information sur la violence dans la famille (CNIVF)
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index.html>

Direction générale de la condition féminine
<http://www.citizenship.gov.on.ca/owd/french/>

Ministère de la Justice – Violence familiale
<http://canada.justice.gc.ca/fr/ps/fm/index.html>

Ordre des infirmières et infirmier de l'Ontario. Fact Sheet : Quality Assurance Reflective Practice
<http://www.cno.org/docs/qa/44008 fsRefprac.pdf>

Réseau ontarien des Centres de traitement et de soins en cas d'agression sexuelle et de violence familiale
<http://www.sacc.to/gylb/satc/Listing.asp?ProvinceID=9>

Statistique Canada
<http://www.statcan.ca>

Statistique Canada – statistiques sur la violence familiale
<http://www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=85-224-X>

Annexe K : Scénarios d'enseignement

Scénarios pour une séance d'orientation et de perfectionnement professionnel sur le dépistage de la violence faite aux femmes

1. Scénario de santé publique

Vous êtes infirmière ou infirmier de santé publique dans une école secondaire de quartier. Une étudiante de 17 ans vient vous voir. Elle a mal à la gorge et elle est enrhumée. Elle demande ce qu'elle peut faire pour se sentir mieux. Vous lui donnez des conseils généraux sur la façon de se soigner.

Afin de mieux connaître l'étudiante, vous lui posez des questions sur sa santé générale, sur le déroulement des cours qu'elle suit à l'école et sur ses amis; vous lui demandez également si elle a une relation intime. Vous l'invitez à parler de toute autre préoccupation qu'elle pourrait avoir en ce moment. La jeune femme pose une question sur les condoms et parle des difficultés suscitées par sa méthode de contraception actuelle.

- Comment procéderiez-vous au dépistage de la violence dans le cadre de l'entretien que vous avez avec cette jeune femme?
- Si l'étudiante répondait par l'affirmative à votre question de dépistage, comment assureriez-vous son suivi?

2. Scénario dans un hôpital

Vous êtes une infirmière ou un infirmier responsable du triage au service des urgences d'un hôpital. Une femme se présente en état de bouleversement manifeste. Elle est accompagnée par son mari. Cette femme est en hyperventilation et répète sans arrêt : « je ne peux pas respirer. » Le mari déclare que sa femme a des antécédents de crise de panique et « doit souvent aller aux urgences pour obtenir de l'aide parce qu'elle fait de l'hyperventilation ». Il dit qu'elle est déprimée et que des médicaments lui ont été prescrits récemment. Il dit également que le médecin lui a déjà donné une pilule blanche à placer sous la langue avant de la renvoyer et que cela lui est généralement bénéfique.

Vous remerciez le mari pour ces renseignements, vous rassurez la cliente et vous demandez au mari de s'asseoir dans la salle d'attente pendant que vous faites votre évaluation. Le mari ne veut pas laisser sa femme seule. Vous expliquez que l'hôpital a pour règlement que les membres de la famille doivent attendre dans la salle d'attente jusqu'à ce qu'une chambre soit obtenue et que le client y soit installé. Le mari dit à nouveau qu'il ne veut pas partir : « ma femme a besoin de moi pendant ces crises. » Vous lui répétez de nouveau que le règlement exige l'établissement de la cliente avant que des visiteurs ou des membres de la famille puissent être admis dans la chambre. Vous dites au mari : « veuillez vous asseoir dans la salle d'attente, je viendrai vous voir dès qu'elle sera installée. » Le mari va dans la salle d'attente.

- Dans cette situation, comment procéderiez-vous au dépistage de la violence faite aux femmes compte tenu du comportement du mari?
- Si la femme répondait par la négative à votre question de dépistage, comment réagiriez-vous? Comment assureriez-vous son suivi?
- Si la femme répondait par l'affirmative à votre question de dépistage, comment réagiriez-vous? Comment assureriez-vous son suivi?

Annexe L : Exemples de règlements

Exemple n° 1 : règlement d'un établissement

Source : Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

OBJET

Veiller à ce que les membres du personnel des départements de services pertinents comprennent leur responsabilité d'identifier les femmes qui ont subi des violences et de procéder à une intervention efficace auprès de ces femmes.

RÈGLEMENT

Le personnel des départements de service pertinents :

- A une bonne connaissance de la dynamique de la violence faite aux femmes et de ses répercussions sur la femme et ses enfants (voir l'ANNEXE : DÉCLARATION DE PRINCIPES SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES),
- A les compétences requises pour procéder à une intervention efficace en cas de signalement,
- A une bonne connaissance des ressources communautaires destinées aux femmes qui ont subi des violences et à leurs enfants, et
- Procédera, lorsqu'il est pertinent de le faire, à un dépistage de la violence chez toutes les femmes de 12 ans et plus en employant le protocole détaillé de dépistage de routine et généralisé RUCS (Routine Universal Comprehensive Screening).

PROCÉDURE

1.0 Chaque département de services élaborera des procédures appropriées de dépistage de routine et de détermination précoce de la violence faite aux femmes.

ANNEXE : DÉCLARATION DE PRINCIPES SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Nous croyons...

- Que toutes les femmes ont le droit de vivre une vie libre de violence;
- Que la violence faite aux femmes peut provoquer des dommages physiques et psychologiques, y compris la mort;
- Que la violence faite aux femmes est un abus de pouvoir;
- Qu'aucune femme n'est responsable de la violence qu'elle subit et que les auteurs de violences doivent être tenus responsables de leurs gestes;
- Que la violence faite aux femmes est interdite par la loi;
- Que la sécurité des femmes qui ont subi des violences et celle de leurs enfants est la priorité fondamentale de l'intervention;
- Que plusieurs possibilités s'offrent aux femmes qui ont subi des violences et que celles-ci ont le droit de choisir l'une ou l'autre de ces possibilités.

Aussi, les travailleurs qui dispensent des services ont la responsabilité :

- i. D'instaurer les conditions nécessaires afin que la femme ait l'occasion de prendre des décisions éclairées et
 - ii. D'aider à la planification de la sécurité.
- Les travailleurs de la santé n'ont pas la responsabilité de trouver des solutions à un cas spécifique de violence faite à une femme : ils font plutôt partie d'une intervention coordonnée de la collectivité.

Exemple n° 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Autorisation de reproduire

Objet

Veiller à ce que les membres du personnel aient conscience des rôles et des responsabilités liés au protocole détaillé de dépistage de routine et généralisé RUCS (Routine Universal Comprehensive Screening).

Règlement

- Tous les membres du personnel des services de santé familiale se conforment au règlement de l'établissement (exemple n° 1).
- Tous les membres du personnel des services de santé familiale comprennent l'objet du protocole RUCS.
- Tous les membres du personnel appliquent le protocole RUCS pour les clientes de 12 ans et plus qui font l'objet d'une évaluation complète : programme Bébé en santé, enfants en santé, programme Santé des enfants et programme Santé des jeunes adultes.

Procédures

1.0 Application du protocole RUCS par les infirmières et infirmiers de santé publique (ISP)

- 1.1 Toute cliente de 12 ans et plus qui fait l'objet d'une évaluation complète subira une évaluation de violence. Cela inclut les programmes Bébé en santé, enfants en santé, Santé des enfants et Adolescents.
- 1.2 Au cours de l'évaluation d'admission des clientes de 12 ans et plus, l'ISP demande systématiquement aux clientes si elles ont subi des formes de violence, quelles qu'elles soient, depuis un an ou à tout autre moment de leur vie. Cette évaluation sera faite pour toutes les clientes, qu'elles soient nouvelles ou déjà inscrites à un programme à long terme.
- 1.3 L'ISP consigne dans le dossier de chaque cliente : 1) une indication que la question a été posée et 2) la réponse de la cliente.
- 1.4 En cas de violences infligées à des clientes de moins de 12 ans, la loi oblige l'ISP à communiquer ce signalement de vive voix à une société d'aide à l'enfance (SAE).
- 1.5 Les activités d'éducation sur la prévalence de la violence faite aux femmes, les répercussions possibles sur la santé et les types de violence seront des sujets traités durant l'entrevue qu'il y ait ou non un signalement de violence. Des renseignements sur les types de violence et les répercussions sur la santé sont fournis aux p. 92 à 99. Le volume et le niveau des renseignements communiqués seront déterminés selon la situation de la cliente.

Exemple n° 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire

Le losange (♦) indique des actions qui sont manifestement des actes criminels ou qui pourraient l'être selon les circonstances (Martin et Younger-Lewis, 1997).

1. ♦ Violence psychologique ou verbale

- Le fait de forcer une personne à commettre des actes illégaux
- Les dénonciations calomnieuses
- Les insultes et les critiques
- Les menaces verbales
- Le fait de crier
- L'intimidation
- Les reproches de bêtise
- La manipulation des émotions
- L'incrédulité
- Le fait d'invoquer des querelles anciennes
- L'expression d'une jalousie inappropriée
- Le fait d'humilier
- Le fait d'utiliser une situation contre sa partenaire
- La manipulation d'opinion
- Le fait de tourner sa partenaire en dérision
- Le silence
- Le refus de faire des choses pour sa partenaire ou avec elle
- Le fait d'insister pour être toujours le plus important
- L'indifférence
- Le fait d'attendre de sa partenaire qu'elle se conforme à un certain rôle
- Le fait d'avoir ou d'insinuer des relations avec d'autres femmes
- Le fait de susciter un sentiment de culpabilité
- Certaines manies, par exemple faire claquer ses doigts
- Menacer de s'enivrer ou de se droguer si...
- Le fait de manipuler sa partenaire
- Le fait d'être chicanier
- Le fait de refuser son affection
- Le fait de punir sa partenaire en ne participant pas aux tâches domestiques
- Le refus d'oublier un tort ou le fait de garder rancune
- Le fait de mentir
- Le fait de traiter sa partenaire comme une enfant
- Le fait de dire une chose en masquant sa pensée
- Le fait de nier les responsabilités de sa partenaire ou de les lui enlever
- Le fait de manquer à un engagement
- Le fait de menacer de nuire au droit de séjour de sa partenaire
- Les dégâts provoqués délibérément pour que sa partenaire ait à les nettoyer
- Les menaces de dénonciation aux autorités

Exemple n° 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

- Le fait de contraindre sa partenaire à retirer une accusation
- Le fait de raconter des plaisanteries qui rabaissent les femmes ou indiquent une haine envers celles-ci
- Le refus de régler des problèmes
- Le fait de minimiser son travail ou sa contribution
- Le fait de contraindre sa partenaire à assister à des abus d'alcool ou de drogues
- Le fait de ne pas rentrer au logis
- Le fait de revenir au logis en état d'ébriété ou sous l'effet de drogues
- La possession de photographies qui dénotent une haine envers les femmes ou illustrent des violences envers celles-ci
- Le fait de pousser sa partenaire à la violence physique ou de la mettre au défi de la faire
- Le fait d'entretenir des relations amicales avec des hommes violents ou le fait de les appuyer
- Le fait d'exiger de sa partenaire qu'elle rende compte de son emploi du temps et de ses habitudes
- Le fait de tirer parti des craintes de sa partenaire
- Le fait de vouer un culte à sa partenaire
- Le fait de ridiculiser les préférences alimentaires de sa partenaire
- Le fait de menacer de se suicider si...

Violence psychologique liée à la reproduction, à la grossesse ou à la naissance d'enfants

- Le fait de refuser de permettre à sa partenaire d'utiliser des moyens de contraception ou de la forcer à le faire
- Le fait de forcer sa partenaire à subir un avortement
- Le fait de refuser des relations sexuelles en invoquant la laideur du corps de sa partenaire pendant sa grossesse
- Le fait de nier la paternité de l'enfant
- Le fait de refuser son soutien à sa partenaire pendant la grossesse de celle-ci
- Le fait de refuser son soutien à sa partenaire lorsque celle-ci accouche
- Le fait de lui refuser l'accès au nouveau-né
- Le fait de refuser son soutien ou son aide à sa partenaire pour les soins du bébé
- Le fait d'exiger des relations sexuelles peu après l'accouchement
- Le fait de reprocher à sa partenaire que l'enfant soit du « mauvais sexe »
- Le fait de refuser que sa partenaire nourrisse l'enfant au sein
- Le fait de s'irriter du temps que sa partenaire consacre au bébé ou de le lui reprocher

Exemple n° 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

2. Violence en milieu domestique ou dans un véhicule

Violence en milieu domestique

- ◆ Les sévices infligés aux animaux domestiques
- Le fait de déchirer des vêtements
- Le fait d'enfermer sa partenaire ou de l'empêcher d'entrer
- Le fait de lancer ou de détruire ses effets personnels
- Le fait de claquer la porte
- Le fait de lancer des objets ou de la nourriture
- Le fait de lui refuser l'usage du téléphone
- Les coups de poing sur les murs
- Le fait de passer la tondeuse sur le jardin de sa partenaire

Violence dans un véhicule

- ◆ Le fait de conduire trop vite
- ◆ La conduite dangereuse, le fait de frapper sur le klaxon
- ◆ Le fait de conduire en état d'ébriété
- ◆ Le fait de contraindre sa partenaire à entrer dans un véhicule
- ◆ Le fait de pousser sa partenaire d'un véhicule en mouvement
- ◆ Le fait de menacer sa partenaire de la tuer en entrant en collision avec une voiture venant en sens inverse, etc.
- ◆ Le fait de la poursuivre ou de la heurter en utilisant un véhicule
- ◆ Le fait de la tuer ou de la blesser en provoquant délibérément un accident
- ◆ Le fait de la frapper pendant qu'elle conduit
- Le fait de lui interdire l'usage d'un véhicule en modifiant le moteur, en conservant les clés, etc.
- Le fait d'actionner l'accélérateur en mettant son pied sur celui de sa partenaire
- Le fait de saisir le volant pendant qu'elle conduit

3. Violence sociale

- Le fait de contrôler l'emploi du temps de sa partenaire, les personnes qu'elle voit et avec lesquelles elle parle, ce qu'elle lit et les endroits où elle va
- L'omission de transmettre des messages
- Le fait de rabaisser ou d'ignorer sa partenaire en public
- Le fait d'empêcher sa partenaire de voir des membres de sa famille ou des amis
- Le fait de s'ingérer dans les relations que sa partenaire entretient avec ses parents ou ses amis
- Le fait de changer de personnalité en présence d'autrui
- Le fait d'être grossier envers les parents ou les amis de sa partenaire
- Le fait d'imposer un certain comportement à sa partenaire
- Le fait de préférer généralement ses amis, ses propres activités ou son travail plutôt que de passer du temps avec sa partenaire
- Les « scènes » faites en public
- Le fait d'exiger de sa partenaire qu'elle se justifie

Exemple n° 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

- Le fait de filtrer son courrier
- Le fait de traiter sa partenaire comme une domestique
- Le fait de lui refuser espace ou intimité
- Le fait d'insister pour l'accompagner chez le médecin

Violence sociale avec des enfants

- ◆ Le fait d'agresser sa partenaire devant les enfants
- Le fait de l'accuser faussement de violences envers les enfants
- Le fait de forcer sa partenaire à rester au logis avec les enfants
- Le fait d'enseigner aux enfants à infliger des violences à leur mère en l'insultant, en la frappant, etc.
- Le fait d'humilier sa partenaire devant les enfants
- Le fait de ne pas partager les responsabilités liées aux enfants
- Les menaces d'enlèvement des enfants ou le fait de lui dire qu'elle n'en obtiendra jamais la garde
- Le fait de rabaisser ses aptitudes parentales

Violence sociale dans le cadre d'une séparation ou d'un divorce

- L'achat de cadeaux coûteux pour susciter l'affection des enfants
- Le fait de ne pas se présenter ponctuellement pour prendre les enfants ou de ne pas les ramener à l'heure convenue
- Le fait d'interroger les enfants pour obtenir des renseignements sur le conjoint de leur mère, etc.
- Le fait de dire aux enfants que leur mère est responsable de la séparation de la famille
- Le fait d'utiliser les enfants pour communiquer des messages
- Le fait de lui refuser l'accès aux enfants
- L'omission de fournir un numéro de téléphone valide

4. Violence financière

- ◆ Le fait de prendre l'argent de sa partenaire
- ◆ La contrefaçon de la signature de sa partenaire
- Le fait de lui fournir des reçus falsifiés
- Le fait de résilier une police d'assurance de sa partenaire
- Le fait de saper ses efforts d'autonomie financière
- Le fait de retenir des fonds
- Le fait de dépenser de l'argent de manière déraisonnable ou au-delà de ses moyens
- Le fait de la contraindre à prendre toute la responsabilité des finances du ménage
- Le fait de ne pas payer une partie équitable des coûts
- Le fait de refuser des dépenses dans des occasions spéciales
- Les dépenses consacrées à la toxicomanie, à des jeux de hasard, à des services sexuels
- Le fait de restreindre ou de contrôler les conditions de travail de sa partenaire
- Le fait de tenir secrètes les finances de la famille
- Le fait de l'empêcher de prendre un emploi

Exemple n° 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

5. Violence rituelle

- ◆ Les mutilations
- ◆ Les mutilations d'animaux
- ◆ Le fait de contraindre sa partenaire au cannibalisme
- ◆ Les sacrifices humains
- Les suggestions de suicide ou l'encouragement au suicide
- Le fait de contraindre sa partenaire à participer à des rites
- Le fait de la contraindre à assister à des rites

6. Violence physique

- ◆ Tout contact physique non désiré
- ◆ Les coups de pied, les coups de poing et le fait de pincer, de traîner ou de pousser sa partenaire
- ◆ Les gifles, les coups, le fait de secouer sa partenaire
- ◆ Les coupures, les brûlures
- ◆ Le fait de lui tirer les cheveux, les coups de tête
- ◆ Le fait de lui tordre la main ou le bras
- ◆ Le fait d'étouffer ou d'étrangler sa partenaire
- ◆ Le fait de l'alimenter de force
- ◆ Le fait de cracher sur la partenaire
- ◆ Le fait de la projeter ou de lui lancer des objets
- ◆ Le fait de la frapper avec des objets ou de la fouetter
- ◆ Le fait de la restreindre de quelque façon que ce soit
- ◆ Le fait d'uriner sur sa partenaire
- ◆ Le fait de lui infliger des fractures
- ◆ Le fait de la blesser avec un couteau ou de tirer sur elle
- ◆ Le fait de menacer de la tuer ou de la blesser
- Le fait de ne pas tenir compte de ses maladies ou de ses blessures
- Le fait de lui refuser des aliments ou de la nourriture, de lui en limiter la consommation ou de la pousser à consommer de l'alcool ou des drogues par la contrainte ou par la ruse
- Le fait de se tenir trop près d'elle ou de l'intimider
- Le fait de cacher des médicaments dont elle a besoin ou de les lui refuser

Exemple no 2 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

7. Violence sexuelle

- ◆ Tout contact sexuel non désiré
- ◆ Le fait de contraindre sa partenaire à des relations sexuelles ou de les lui demander avec une insistance importune
- ◆ Le fait de la contraindre à des relations sexuelles avec d'autres personnes ou avec des animaux
- ◆ Le fait de la menacer afin qu'elle consente à des relations sexuelles
- ◆ Le fait de pincer, de frapper, de saisir ou de tirer les seins ou les organes génitaux de sa partenaire
- ◆ L'obliger à avoir des relations sexuelles lorsqu'elle est malade ou lorsqu'elle vient d'accoucher ou de subir une chirurgie
- Le fait d'avoir des relations sexuelles avec d'autres personnes
- La transmission délibérée de maladies sexuellement transmissibles
- Le fait de traiter sa partenaire comme une femme-objet
- Le fait de la contraindre à figurer dans des photographies pornographiques
- Le fait d'afficher de la pornographie qui la rend mal à l'aise
- Le fait d'utiliser les relations sexuelles comme sujet ou règlement d'une dispute
- Le fait de critiquer ses aptitudes sexuelles
- Les attouchements publics non désirés
- Le fait d'omettre délibérément de se laver et de s'attendre à des relations sexuelles
- Les insultes (*pute, salope, frigide, chienne*)
- Les accusations d'infidélité
- Le fait de dénigrer des parties du corps de sa partenaire
- Le fait de raconter des plaisanteries ou de faire des remarques à caractère sexuel en public
- Le fait d'exiger des relations sexuelles en contrepartie ou en échange de drogues ou d'alcool
- Le fait d'administrer des drogues ou de l'alcool à sa partenaire afin de profiter d'elle sexuellement
- Le fait d'insister pour inspecter son corps afin d'y déceler des traces de contact sexuel

8. Violence religieuse

- L'invocation de la religion pour justifier la violence ou la domination
- L'invocation d'opinions de l'église pour contraindre sa partenaire à des relations sexuelles ou à des faveurs
- Une alternance d'exploitation et d'excuses
- Le fait d'empêcher sa partenaire de fréquenter l'église
- Le fait d'exiger des actes sexuels ou la consommation de drogues à titre d'actes religieux
- Le fait de tourner en dérision les convictions de sa partenaire

Exemple n° 2 : règlement d'un service ou d'une unité – Conséquences médicales de la violence faite aux femmes

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire

Conséquences pour la santé physique :

- Fractures : poignet, côte, annulaire, maxillaire, clavicule, os zygomatique
- Éraflures : contusions bilatérales ou multiples; éraflures aux bras, à la jambe, aux fesses, aux seins, à la poitrine, à l'abdomen, à la tête, aux yeux, aux lèvres, aux joues, au cou, au dos
- Brûlures : brûlures de cigarette, échaudage, brûlures de poêle/de foyer, brûlures à l'acide
- Coupures et plaies par arme blanche, quelle que soit la partie du corps
- Érosion : raclures, brûlures de friction, égratignures ou incisions infligées avec des ongles, marques circulaires, coupures dans la bouche
- Morsures : souvent sur les seins et autres zones sexuelles, sur les bras, sur les jambes, sur le cou
- Lacérations : sur la peau des parties osseuses du corps, déchirures internes
- Commotions, fractures du crâne, « syndrome de l'adulte secoué »
- Entorses
- Tympan perforés
- Dents ébréchées ou perdues
- Perte de cheveux
- Blessures internes
- Douleur ou troubles gastro-intestinaux chroniques
- Syndrome du côlon irritable
- Douleur chronique au dos ou à la nuque ou autre douleur chronique de l'appareil locomoteur
- Céphalée chronique
- Hypertension
- Palpitations
- Douleur chronique à la hanche ou au genou
- Cicatrices
- Décollement rétinien
- Blessures au larynx
- Blessures d'arme à feu
- Hyperventilation
- Problèmes de toxicomanie

Conséquences pour la santé sexuelle :

- Maladies sexuellement transmissibles, par exemple le VIH
- Fausses couches
- Douleur pelvienne chronique, infection vaginale ou urinaire chronique
- Ecchymoses ou déchirures vaginales ou anales
- Mutilation génitale infligée à une femme
- Grossesses fréquentes (lorsqu'elles sont contre-indiquées ou non désirées)
- Vaginisme
- Hystérectomie précoce
- Douleurs génitales ou pelviennes chroniques
- Comportement de sexomanie
- Infertilité

Exemple n° 2 : règlement d'un service ou d'une unité – Conséquences médicales de la violence faite aux femmes

Source : Middlesex-London Health Unit 2000, London, Ontario. Autorisation de reproduire

Conséquences pour la santé psychologique :

- Faible estime de soi
- Sévices auto-infligés
- Difficulté à établir et à entretenir des relations saines
- Perturbation des rôles parentaux
- Anxiété pathologique
- Pleurs fréquents
- Manque de limites adéquates
- Développement interrompu (à savoir : des comportements d'adulte qui sont infantiles ou adolescents, plutôt qu'adultes)
- Troubles sexuels/peur des relations sexuelles
- Passivité
- Caractère évasif
- Auto-humiliation
- Caractère taciturne
- Réactions de peur inhabituelles ou prononcées
- Hypervigilance
- Stress chronique
- Réactions de colère incontrôlées ou rapides
- Insomnie/troubles du sommeil/cauchemars
- Rappels d'images
- Phobies
- Pertes de mémoire
- Difficultés de concentration et perte de productivité

Conséquences pour la santé mentale :

- Dépression
- Idées suicidaires
- Dissociation mentale
- Troubles de l'alimentation
- Syndrome de stress post-traumatique
- Troubles d'adaptation avec humeur dépressive
- Troubles obsessionnels-compulsifs

Exemple no 3 : règlement du service des urgences d'un hôpital

Source : Cornwall Community Hospital (2000). Partner Abuse Sexual Assault Care Team Policy and Procedure Manual. Cornwall, Ontario. Autorisation de reproduire.

Le service des urgences de l'hôpital effectue le dépistage généralisé de routine de la violence familiale. En cas de violences par un partenaire intime, la cliente est envoyée en consultation auprès de l'équipe de soins pour victimes d'agression sexuelle et des violences d'un conjoint.

Dépistage généralisé :

- Documenter les motifs de la présence au service des urgences.
- Reconnaître les cas de violence et renvoyer aux ressources appropriées.
- En effet, la plupart des victimes de violence familiale qui se présentent à un hôpital affirment qu'elles seraient prêtes à parler de leur expérience de violence.
- Une intervention précoce est susceptible d'accroître les chances de mettre un terme à la violence avant qu'elle ne s'intensifie jusqu'à provoquer des dommages plus graves.

Indicateurs de violences commises par un conjoint :

- Délais écoulés avant la demande de traitement,
- Blessures incompatibles avec les faits relatés,
- Partenaire dominateur,
- Partenaire qui répond à la place de la cliente ou qui prend la consultation en main et qui insiste pour que l'entretien n'ait pas lieu sans lui,
- Présence fréquente au service des urgences pour des problèmes physiques,
- Manque de causes physiques après l'examen,
- Indications de crainte du partenaire, préoccupations à propos des horaires et du partenaire,
- Violence faite à des enfants – présence d'enfants au service des urgences et
- Mauvais soins médicaux (par ex. : blessures anciennes).

Exemple no 3 : règlement du service des urgences d'un hôpital

Procédure :

- I. L'infirmière ou l'infirmier responsable du triage interrogera toutes les personnes à propos de la violence dans le cadre de l'évaluation de routine et du traitement. Voici un exemple de question :
 - I.1 « Nous avons le devoir de promouvoir les intérêts des clientes et de procéder au dépistage de la violence. Nous savons que plusieurs personnes ont des problèmes dans leurs relations et que cela peut provoquer des problèmes de santé. Vivez-vous une relation avec une personne qui menace de vous faire du mal ou qui vous en a fait, d'une manière ou d'une autre? »
- II. Il n'est pas nécessaire de poser mot pour mot la question indiquée ci-dessus : il suffit que le message central du dépistage soit clair.
- III. Si l'infirmière ou l'infirmier n'est pas à même de terminer cette tâche, il faudra veiller à ce que la cliente fasse l'objet d'un dépistage avant qu'elle quitte le service des urgences.
- IV. L'infirmière ou l'infirmier doit :
 - IV.1. Interroger la cliente seule,
 - IV.2. Faire savoir à la cliente que les faits qu'elle relate sont considérés véridiques, et
 - IV.3. Manifester une attitude d'intérêt, de respect et de confidentialité.
- V. Si des violences sont fortement soupçonnées, poser la question suivante : « J'ai des inquiétudes sur l'origine de ces blessures. Vous ont-elles été infligées par quelqu'un? » ou « Nous voyons souvent des blessures ou des symptômes comme les vôtres chez les clientes qui ont subi la violence de leur conjoint ou leur partenaire. Êtes-vous dans cette situation? »
 - V.1. Offrir une consultation auprès de l'équipe de soins pour victimes d'agression sexuelle et des violences d'un conjoint.
- VI. Si la cliente refuse cette consultation :
 - VI.1. Faites savoir à la cliente que la violence est un crime, qu'elle n'est pas seule dans cette situation et qu'elle n'est pas responsable de ce problème.
 - VI.2. Évaluez immédiatement la sécurité de la cliente et établissez un plan de sécurité – utilisez le dépliant de la Police provinciale de l'Ontario (disponible dans les bureaux locaux de la Police provinciale de l'Ontario),
 - VI.3. Donnez à la cliente une liste de ressources communautaires, et
 - VI.4. Documentez les renseignements dans le dossier de la cliente et remplissez le formulaire de dépistage de la violence familiale si la cliente y consent.

Annexe M : Description de la Trousse

Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique

Des lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une aide appropriée à la mise en place. À cet égard, la RNAO/AIIO (par l'entremise d'un panel composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, fondée sur les données probantes disponibles, des perspectives théoriques et un consensus. La RNAO/AIIO recommande fortement l'utilisation de cette *Trousse* pour guider la mise en place de toute ligne directrice sur la pratique clinique dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et à la mise en place de lignes directrices. Plus spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes de la mise en place d'une ligne directrice :

1. Trouver une ligne directrice bien élaborée et fondée sur des données probantes.
2. Choisir les parties prenantes, les évaluer et les faire participer.
3. Évaluer la préparation du milieu de travail pour la mise en place de la ligne directrice.
4. Définir et planifier des méthodes de mise en place fondées sur des données probantes.
5. Évaluer la planification et la mise en place.
6. Déterminer et obtenir les ressources nécessaires à la mise en place.
7. La mise en place d'une ligne directrice qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe.

La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus.

La *Trousse* est disponible auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Elle est offerte en format relié à prix modique et elle est disponible gratuitement sur le site Web de la RNAO/AIIO. Pour obtenir plus de renseignements ou un formulaire de commande, ou encore pour télécharger la *Trousse*, consultez le site de la RNAO/AIIO à l'adresse suivante : www.rnao.org/bestpractices.

Annexe N : Ressources en français

Les sites Web

Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF)

Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) est un regroupement provincial d'organismes qui travaillent à défaire l'oppression vécue par les femmes. <http://francofemmes.org/aocvf/>

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

Le CALACS francophone d'Ottawa est un organisme féministe, géré et opéré par et pour les femmes. <http://www.calacs.ca/>

Centre national d'information sur la violence dans la famille (CNIVF)

Le CNIVF est un centre de ressources canadien qui offre des renseignements sur la violence au sein de relations entre parents, d'intimité, de dépendance ou de confiance.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/nfv-cnivf/violencefamiliale/index.html>

Direction générale de la condition féminine de l'Ontario (DGCFO)

La DGCFO conseille le gouvernement sur les mesures à prendre dans les domaines concernant les femmes. Relevant du ministère des Affaires civiques et de l'Immigration, la DGCFO compte deux principaux secteurs d'activité : la prévention de la violence faite aux femmes et la promotion de l'autonomie économique des femmes. La DGCFO s'efforce d'atteindre ses objectifs pour assurer la sécurité et le bien-être économique des femmes, en encourageant par exemple des partenariats avec et entre différents secteurs de la société.

<http://www.citizenship.gov.on.ca/owd/french/resources/publicaitons/violence.shtml>

Éducation juridique communautaire Ontario (CLEO)

CLEO est une clinique juridique communautaire qui travaille au profit des personnes défavorisées ou à faible revenu de l'Ontario. À ces personnes, CLEO offre les renseignements juridiques requis pour comprendre et exercer les droits que reconnaît la loi. <http://www.cleo.on.ca/francais/indexf.htm>

Femmes en santé

Chez femmesensante.ca, vous trouverez l'information, les actualités et les conclusions d'études les plus récentes sur la santé des femmes, leurs maladies et leurs modes de vie.

<http://www.femmesensante.ca/index.html>

Fondation canadienne des femmes

La Fondation canadienne des femmes est la seule fondation publique nationale dont la mission consiste à améliorer la vie des femmes et des jeunes filles. Nous mobilisons des fonds et accordons des subventions à divers programmes un peu partout au pays dont les objectifs sont les suivants :

- Mettre fin à la violence faite aux femmes,
- Aider les femmes à faible revenu à sortir de la pauvreté,
- Accroître la force et la résilience des jeunes filles.

<http://www.cdnwomen.org/FR/index.html>

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

La Campagne du ruban blanc – La campagne des hommes voués à mettre fin à la violence faite aux femmes par les hommes.

La Campagne du ruban blanc se consacre entièrement à encourager les hommes de tous âges à s'engager à aider à mettre fin à la violence faite aux femmes. <http://www.whiteribbon.ca/Francais/>

Réseau ontarien des centres de traitement ou de soins en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale

Ce site Internet fournit de l'information sur les services offerts aux centres de traitement et de soins en cas d'agression sexuelle de l'Ontario ainsi que de l'information sur l'agression sexuelle et la violence familiale. <http://www.satcontario.com/Fr/>

Services d'information Findhelp – de l'aide pour tous

Services d'information Findhelp (Findhelp) est un organisme de bienfaisance sans but lucratif, fondé en 1971, chef de file en matière d'information et d'aiguillage, et un important fournisseur du service 211. <http://www.findhelp.ca/fr/index.php>

Shelternet.ca

Shelternet est un site Web multilingue qui fournit des renseignements et des ressources aux Canadiennes victimes de violence et offre aux maisons d'hébergement des moyens pour mettre sur pied leur propre site Web. <http://www.shelternet.ca/fr/>

Voisin-es, ami-es et familles

Voisin-es, ami-es et familles est une campagne d'éducation publique qui vise à sensibiliser le public aux signes avertisseurs de violence faite aux femmes, pour que les personnes qui sont proches d'une femme vulnérable ou d'un homme violent puissent prêter leur aide. <http://www.voisinsamisetfamilles.ca/>

Les documents

Apprendre à écouter, apprendre à aider : Comprendre la violence faites aux femmes et ses effets sur les enfants (2005) par Linda Baker et Alison Cunningham

Un guide concis pour des étudiant(e)s, pour les préparer à reconnaître les familles dans lesquelles il y a la violence faite aux femmes et pour répondre à ces familles. Les matières auxquelles on s'adresse incluent : la matière de base sur la dynamique de la violence faite aux femmes, du concept de pouvoir et de contrôle, des faits et des statistiques, comment appuyer une femme et l'aider à trouver les ressources appropriées, comment des enfants sont affectés par la violence familiale, comment les enfants font face à la violence chez eux, comment répondre à la dénonciation d'enfants qui subissent des mauvais traitements et de la négligence, normes de conduite professionnelle, examinant vos propres attitudes, et suggestions pour la façon dont vous pouvez faire une différence pour en finir avec la violence. Les étudiant(e)s y trouvent toute l'information appropriée et à jour, et sont dirigés vers les ressources facilement accessibles pour davantage d'études. Les étudiant(e)s peuvent télécharger le fichier sans frais. <http://lfcc.on.ca/apprendre.pdf>

Enseigner en quoi consiste la violence faite aux femmes et ses effets sur les enfants (2005)

par Linda Baker et Alison Cunningham

Dans cette ressource, nous fournissons le matériel de ressource de fond pour faciliter votre préparation à un cours : les points importants à souligner avec des étudiant(e)s; conseils d'enseignement; préparation à des questions que vous pouvez recevoir des étudiant(e)s; suggestions qui serviront de matières à discussion; et suggestions pour des documents de cours pour les étudiant(e)s. Vous trouverez également des statistiques, une vue d'ensemble rapide de recherche, et un sommaire de la façon dont un enfant peut penser et se sentir à la violence dans sa maison. http://www.lfcc.on.ca/guide_professeur.pdf

Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence (2001) par Jan I. Richardson

Ce guide est consacré au traumatisme vicariant, à ses effets et conséquences et aux stratégies qu'il est possible de mettre en œuvre pour y faire face. Il est conçu pour aider les personnes qui luttent contre la violence à reconnaître leur propre traumatisme vicariant et à prendre les mesures qui s'imposent.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-vicartrauma_f.pdf

La violence dans les fréquentations – Aperçu (2006) par Katharine D. Kelly, PhD

En tant que mise à jour de La violence dans les fréquentations (1995), ce document présente des recherches récentes, fondées sur des données, sur la violence dans les fréquentations. Il porte notamment sur : l'ampleur de ce phénomène, les jeunes et la violence dans les fréquentations, les effets sur la santé de cette forme de violence, la prévention et l'intervention précoce. Il contient aussi une liste de contrôle des attitudes et des comportements qui, selon les recherches, sont associés à la violence dans les fréquentations. Le document se termine par une liste de références, de ressources et de personnes-ressources pour les gens qui veulent obtenir d'autres renseignements sur la violence faite aux enfants.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-2006-dat_f.pdf

La violence envers les femmes handicapées – Aperçu (2004) par Doris Rajan, l'Institut Roehrer

Ce document présente un aperçu des connaissances actuelles sur la violence contre les femmes handicapées. Il étudie les nombreuses formes que la violence peut prendre, énumère les facteurs de risque connexes et évalue la fréquence des cas de violence. En plus de reconnaître les obstacles auxquels les femmes doivent faire face lorsqu'elles cherchent de l'aide, le document suggère des mesures et répertorie des organisations qui peuvent aider. Enfin, il propose des ressources additionnelles d'information à consulter.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-2005femdisabl_f.pdf

La violence est inacceptable peu importe la langue (2006)

par le ministère de la Justice du Canada

Cette brochure s'adresse aux femmes qui viennent d'arriver au Canada et qui sont peut-être aux prises avec des problèmes de violence familiale. Elle fournit des renseignements généraux sur les lois canadiennes, les droits des femmes et le genre d'aide que peuvent obtenir les immigrantes victimes de violence. Différents types de violence (physique, sexuelle, psychologique) sont décrits. Des conseils de sécurité sont offerts aux femmes qui ont des enfants. Une affiche accompagne cette publication.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-2006-abuse-wrg_f.pdf

La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale

La violence faite aux femmes – Aperçu (2002) par Liz Hart et Wanda Jamieson

Cet aperçu a pour objet de présenter de manière générale le problème de la violence envers les femmes au Canada. Elle contient une brève description du problème, en souligne les causes et les conséquences les plus fréquentes et met en évidence les obstacles que doivent affronter les femmes qui déclarent être victimes de violence et demandent de l'aide. L'aperçu comprend également des sections où l'on explique comment aider les femmes qui ont été victimes de violence et où l'on indique de quelle manière et à quel endroit celles-ci peuvent obtenir de l'aide.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-vio-femmes_f.pdf

Nouvelle perspective – Voir la violence faite aux femmes dans la vie d'un jeune enfant : Un module d'apprentissage pour les programmes d'éducation à la petite enfance (2005)

par Linda Baker et Alison Cunningham

Le module comprend tout ce dont vous avez besoin pour préparer un cours ou une série de cours de la durée désirée, ainsi que le contenu approprié pour votre cours et pour sélectionner des documents de cours, assigner des projets aux étudiant(e)s, chercher des conférenciers, choisir des vidéos, recommander des lectures complémentaires et préparer des questions d'examen. Les professeurs peuvent expliquer pourquoi les étudiant(e)s doivent se renseigner sur la violence faite aux femmes, comment des enfants pourraient être affectés, et quels signes de la détresse pourraient être vus dans la salle de classe. Ils pourront suggérer des stratégies afin d'aider les enfants à s'ajuster et comment aider les personnes qui prennent soin des enfants. Des situations imprévues spéciales quand les familles sont dans les refuges peuvent également être traitées. http://www.lfcc.on.ca/Perspective_module.pdf

Petits yeux, petites oreilles — Comment la violence envers une mère façonne les enfants lorsqu'ils grandissent (2007) par Alison Cunningham et Linda Baker

Les sujets traités dans ce document réunissent ce que les enfants peuvent ressentir, penser ou faire durant ces incidents violents envers leur mère, les rôles que les enfants peuvent jouer durant ou après des incidents violents, les stratégies d'adaptation et de survie, et comment les enfants de différents âges peuvent réagir face à la violence. Le document s'adresse aux professionnels et aux bénévoles qui travaillent auprès des enfants et des femmes et traite de l'aide qui peut être apportée aux femmes qui jouent leur rôle de parent et de la façon de répondre au dénoncement d'un enfant.

http://lfcc.on.ca/petits_yeux_petites_oreilles.pdf

Pour aider les enfants à mieux réussir : En assistant dans leur rôle maternel les survivantes de la violence faite aux femmes – Une ressource pour appuyer l'art d'être un bon parent (2004)

par Linda Baker et Alison Cunningham

Cette ressource a été préparée à l'intention des prestataires de services qui viennent en aide aux femmes qui désirent progresser au delà de la violence. Les enfants qui ont vécu avec la violence que leur mère a subie ont quand même droit à un comportement parental efficace de sa part, et c'est là l'objectif de cette ressource. Les renseignements qu'elle contient s'appliquent aussi bien à un travail individualisé auprès des femmes qu'à un travail en groupe, qu'il s'agisse d'une intervention de courte durée ou à long terme. Les femmes ainsi que les personnes qui les soutiennent sont invitées à consulter une documentation supplémentaire qui traite du problème d'une manière approfondie. Toutes ces œuvres sont basées sur trois volets de la recherche dans ce domaine : les besoins explicites des femmes violentées en tant que mères, les techniques suggérées pour favoriser un rôle parental "efficace" et les répercussions de la violence familiale sur les enfants. http://lfcc.on.ca/Pour_Aider_les_Enfants.pdf

Réagir face à la violence pendant la grossesse – Aperçu (2001)

par Liz Hart et Wanda Jamieson

Cet aperçu fournit des renseignements *généraux* pour aider les professionnels des soins de santé à intervenir auprès des femmes victimes de violence pendant leur grossesse et à les traiter. Elle décrit la dynamique de ce type de violence et ses répercussions sur la santé. Elle souligne aussi les facteurs de risque et la manière dont on peut aider ces femmes. Des suggestions de lectures complètent cet aperçu.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-2001pregapercu_f.pdf

Répertoire canadien des programmes de traitement pour les hommes violents envers leur conjointe (2004) par le CNIVF

Ce répertoire énumère les programmes de traitement offerts au Canada et les regroupe par province et territoire. Chaque nom d'organisme est accompagné d'une brève description des services offerts et des coordonnées des personnes-ressources actuelles. La description inclut, dans la mesure du possible, de l'information sur les exigences en matière d'aiguillage et sur les frais et précise si les services sont offerts en français, en anglais ou dans une autre langue.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fem-dir-2004Men_f.pdf

Vidéos

Centre national d'information sur la violence dans la famille. Liste des vidéocassettes (2005)

Cette *Liste des vidéocassettes* du Centre national d'information sur la violence dans la famille est un guide des vidéocassettes canadiennes sur la violence familiale.* Il s'agit d'une collection gérée et tenue à jour par le Centre national d'information sur la violence dans la famille et l'Office national du film du Canada dans le cadre d'un projet conjoint. Les titres sont classés par ordre alphabétique sous quatre grandes rubriques : Mauvais traitements à l'égard des enfants, Agression sexuelle d'enfants, Violence dans les relations intimes et Mauvais traitements envers les personnes âgées. La collection s'est enrichie de sept nouveaux titres importants. http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/fv-2005-videocat_f.pdf

Remarques :

Remarques :



Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES : DÉPISTAGE, IDENTIFICATION ET INTERVENTION INITIALE

Supplément à la ligne directrice

Membres du groupe de révision

Kathleen Fitzgerald, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., SANE
Chef d'équipe
Gestionnaire, Sexual Assault/Partner Abuse Treatment Program
Hôpital du district du lac des Bois
Kenora, Ontario

Debbie Aylward, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Consultante en soins périnataux
Champlain Maternal Newborn Regional Program
Ottawa (Ontario)

Lisabeth Gatkowski, inf. aut., B.Sc.Inf., CPMHN(C)
Formatrice en soins infirmiers, St. Joseph's Healthcare Hamilton-Mental Health & Addiction Program, Mohawk College for Applied Arts & Technology
Hamilton (Ontario)

Sepali Guruge, inf. aut., Ph.D.
Co-chef, Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), nouvelle chercheuse sur la violence faite aux femmes au cours du processus de migration
Professeure agrégée
École des sciences infirmières Daphne Cockwell
Université Ryerson
Toronto (Ontario)

Sarah Kaplan, M.Serv.Soc., trav. soc. aut.
Gestionnaire, Assault and Sexual Abuse Program
Cornwall Community Hospital
Cornwall (Ontario)

Brenda M. Mundy, IAA, inf. aut., B.Sc.Inf.
Gestionnaire par intérim, pratique professionnelle,
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Rhonda Usenik, inf. aut., B.Spéc.Sc.Inf.
Infirmière en santé publique
Unité de santé du district de Thunder Bay
Thunder Bay, Ontario
Infirmière autorisée
Sexual Assault / Domestic Violence Treatment Centre
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay (Ontario)

Rishma Nazarali, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Directrice du programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Andrea Stubbs, B.A.
Coordonnatrice du projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Intégration du supplément

Ce supplément à la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers *La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale* est le résultat d'une révision planifiée de la ligne directrice. La documentation actuelle a été résumée dans le but de fournir au lecteur des données probantes récentes afin d'appuyer la pratique. Tout comme la première publication de la ligne directrice, le présent document doit être passé en revue et mis en œuvre en se basant sur les besoins précis de l'établissement ou du lieu de pratique, ainsi que sur les besoins et désirs du client. Le présent supplément devrait être utilisé conjointement avec la ligne directrice pour aider à la prise de décision afin d'offrir des soins individualisés, ainsi que pour s'assurer que des structures et soutiens appropriés sont en place pour dispenser les meilleurs soins possibles.

Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2008) reconnaît toujours que le dépistage de la violence dans tous les établissements de soins de santé est d'une importance cruciale, car il aide à cerner ce problème de santé publique et à y sensibiliser les gens. Dans tous les établissements de soins de santé, les infirmières, les infirmiers et les autres professionnels de la santé se trouvent dans une position de choix pour aider les femmes victimes de violence par un partenaire intime.

Encore de nos jours, des données épidémiologiques révèlent que la

violence faite aux femmes existe dans nos collectivités. Les femmes (et leur famille) qui sont victimes de violence par un partenaire intime subissent des coûts économiques et sociaux, ainsi que des conséquences en matière de santé qui, à leur tour, nuisent à leur qualité de vie et à la collectivité dans son ensemble.

Même si le terme « violence faite aux femmes » a déjà été employé, la présente ligne directrice met surtout l'accent sur la « violence de partenaires intimes » (VPI) pour ce qui est du dépistage, de l'identification et de l'intervention initiale.

Depuis la première publication de la ligne directrice, des recherches ont laissé entendre que le fait de poser des questions relatives à la violence dans la vie des femmes demeure une étape essentielle du processus pour aborder la violence faite aux femmes. Des études récentes menées par MacMillan et coll. (2006), Rhodes et coll. (2006), Kataoka, Yaju, Eto et Horiuchi (2010), et Koziol-McLain et coll. (2010) indiquent que les approches de dépistage comme le dépistage généralisé de routine devraient être une pratique standard pour les infirmières, les infirmiers et les autres professionnels de la santé dans tous les établissements.

Processus de révision

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a pris l'engagement de s'assurer que cette ligne directrice sur les pratiques est élaborée à l'aide des meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision régulier de la ligne directrice a été mis sur pied.

Un groupe d'experts a été formé pour cette révision, composé de membres du groupe de préparation initiale en plus d'autres personnes proposées ayant une expertise dans ce domaine. Les membres du groupe de révision avaient reçu le mandat de passer en revue la ligne directrice en se concentrant sur les recommandations et sur la portée première de la ligne directrice.

En se basant sur les centres d'intérêt de la ligne directrice originale, ils ont créé les trois questions suivantes dans le but d'orienter la recherche de documentation nécessaire pour la révision :

1. a. Quelle est l'approche la plus efficace pour le dépistage de la violence faite aux femmes et de la violence de partenaires intimes?
b. Quels outils validés sont offerts pour le dépistage de la violence faite aux femmes et de la violence de partenaires intimes?
2. À quel âge devrait-on commencer le dépistage?
3. Quelles sont les interventions les plus efficaces que l'on puisse faire en cas de divulgation de violence faite aux femmes ou de violence de partenaires intimes?

Un examen structuré des données probantes basé sur la ligne directrice originale a été effectué afin de rassembler la documentation pertinente et d'autres lignes directrices ayant été publiées depuis 2005. Les résultats de cet examen ont ensuite été communiqués aux membres du groupe de révision, qui se sont réunis pour arriver à un consensus à propos du besoin de réviser les recommandations existantes à la lumière de la nouvelle documentation.

Examen des lignes directrices existantes

Une personne a effectué la recherche dans le but d'établir une liste de sites Web pour les lignes directrices et d'autre contenu pertinent. Cette liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratique fondée sur les données probantes et sur les recommandations formulées dans la documentation.

La recherche a donné de nombreux résultats et quatre lignes directrices ont répondu aux critères d'inclusion.

Après avoir évalué ces lignes directrices internationales à l'aide de la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (Brouwers et coll., 2009), le groupe de révision a décidé d'appuyer la présente révision avec la ligne directrice suivante :

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (2005). *Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime*. Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada (JOGC), avril (157), 365 – 388.

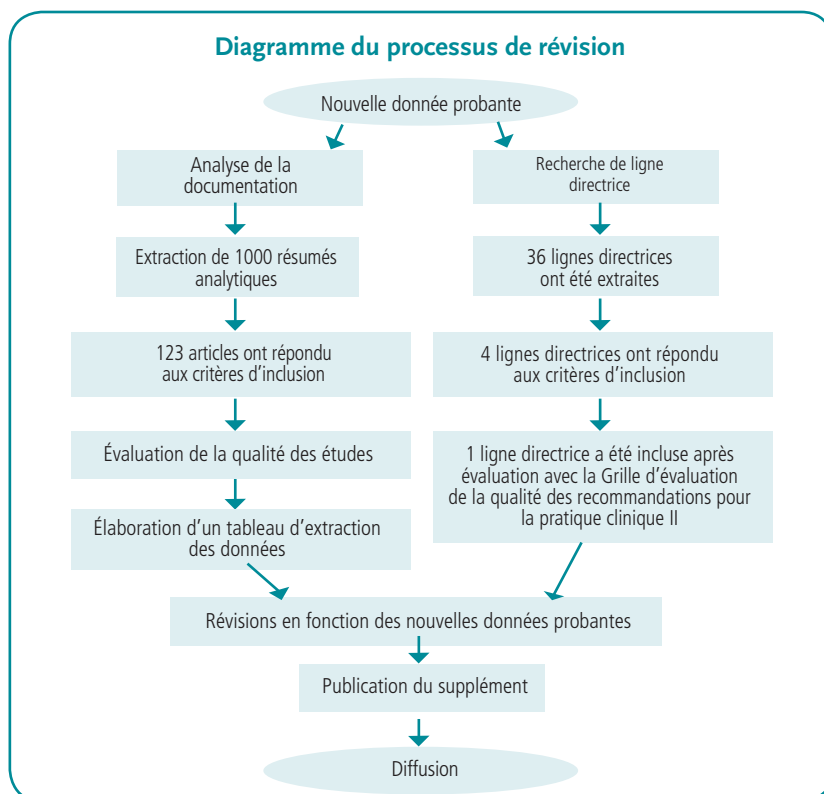
Analyse de la documentation

Pendant que se déroulait la recherche de lignes directrices, un bibliothécaire en sciences de la santé a effectué une recherche de documentation publiée s'inscrivant dans la portée de la ligne directrice à l'aide des bases de données électroniques suivantes : CINAHL, Medline, EMBASE et Web of Science.

Une personne agissant à titre d'adjoint à la recherche (titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières) a réalisé un examen d'inclusion/exclusion, une évaluation de la qualité et une extraction de données des articles inclus, pour ensuite préparer un résumé des résultats tirés de la documentation. Les tableaux de données complets et les résumés ont été remis à tous les membres du groupe de révision.





Conclusions de la révision

L'examen de la documentation la plus récente depuis la publication de la ligne directrice originale ne laisse pas penser qu'il convient d'apporter des changements aux recommandations initiales. Il existe cependant de meilleures données probantes qui appuient nos recommandations en matière de dépistage, d'identification et d'intervention en cas de violence faite aux femmes.





Résumé des données probantes





Le contenu suivant illustre les révisions apportées à la publication originale (2005) en fonction du consensus du groupe de révision. Seuls les changements apportés à la recommandation et (ou) à la discussion sur les données probantes sont illustrés ci-dessous.

-  non modifié
-  modifié
-  renseignements additionnels
-  nouvelle recommandation

Recommandations relatives à la pratique

<p>Recommandation 1</p> <p>Dans tous les milieux de soins, les infirmières et infirmiers mettent en place des activités de routine pour le dépistage généralisé de la violence faite aux femmes [violence de partenaires intimes].</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IIb</p>	
<p><i>Le premier paragraphe de la discussion sur les données probantes de la page 22 de la ligne directrice originale a été révisé pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion sur les données probantes</p> <p>La violence faite aux femmes est un problème de santé important dont les conséquences médicales sont graves. Le système de santé joue un rôle important dans la détermination et la prévention des problèmes de santé publique. Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé intitulé « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais » (2008), le personnel infirmier devrait se concentrer sur le dépistage de la violence faite aux femmes et le traitement des femmes victimes de violence aussi bien dans les établissements de soins de santé que dans la collectivité. Le dépistage généralisé de routine, s'il est axé sur l'identification précoce de la violence faite aux femmes sans restriction aux seuls cas où des symptômes immédiats sont apparents, est l'un des principaux points de départ de cette démarche améliorée de la pratique des soins de santé dans le domaine de la violence faite aux femmes (Asher, Crespo, et Sugg, 2001; Department of Health [DH], 2000; Duncan, McIntosh, Stayton et Hall, 2006; Family Violence Prevention Fund [FVPF], 2004; Middlesex-London Health Unit [MLHU], 2000; Poirier, 1997; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario [PPESO], 2004; Pুনুকول্লු, 2003; Trabold, 2007).</p> <p>Des études ont démontré que, de l'avis des femmes, « [Traduction] les dispensateurs de soins de santé devraient toujours demander aux femmes si elles vivent des difficultés à la maison et dans leurs relations » (Koziol-McLain et coll., 2010, p. 241). Il a également été démontré que : aucun mal ni effet indésirable n'a été lié à de telles questions (Houry et coll. 2004; Koziol-McLain et coll., 2010; MacMillan et coll., 2009); le taux de signalement de violence ne change pas si le chercheur est un homme ou une femme, ou encore si la femme remplit un questionnaire par elle-même (Boyle et Jones, 2006); la majorité des femmes victimes de violence ne le signalent pas sauf si on leur pose directement la question, et elles peuvent se sentir immensément soulagées de pouvoir le signaler de façon confidentielle (Boyle et Jones, 2006).</p> <p>Contrairement au dépistage axé sur des indicateurs, le dépistage généralisé de routine crée de nouvelles occasions de déterminer des cas de violence et de réaliser des interventions efficaces, confirme que la violence faite aux femmes est un problème de santé majeur et légitime, et permet aux fournisseurs de soins d'aider à la fois les victimes et leurs enfants (FVPF, 2004; PPESO, 2004).</p>	

<p>Des travaux récents menés par MacMillan et coll., (2006), Rhodes et coll., (2006), Kataoka et coll., (2010) et Svavarsdottir (2010) ont examiné les différentes approches de dépistage, y compris les questionnaires, les entretiens par téléphone et la collecte de données automatisée. Bien que toutes ces techniques se soient avérées efficaces, l'entretien seul à seul demeure la technique privilégiée, car il permet aux femmes victimes de violence de prendre la parole (Campbell, Adams, Wasco, Ahrens et Sefl, 2009). Cette conclusion est semblable à celle d'études antérieures (Kozial-McLean et coll., 2010; McFarlane et coll., 2001).</p> <p>Même s'il est possible qu'il faille différentes méthodes pour divers environnements (Svavarsdottir, 2010), le dépistage généralisé de routine doit rester une pratique standard quand on dresse l'état de santé complet.</p>	
<p>Recommandation 2</p> <p>Un dépistage généralisé de routine est mis en place pour toutes les personnes de sexe féminin de 12 ans et plus.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	✓
<p><i>La discussion sur les données probantes de la page 23 de la ligne directrice originale a été révisée pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion sur les données probantes</p> <p>Le groupe d'élaboration a atteint un consensus sur l'âge de 12 ans comme seuil de mise en place du dépistage généralisé de routine, tout en reconnaissant que cette mesure accroît la complexité de la mise en place de cette recommandation. Les jeunes femmes de douze ans ont des relations et le Code criminel du Canada (ministère de la Justice, 2011) reconnaît que les jeunes femmes âgées de 12 à 16 ans sont à même de consentir à des activités sexuelles. Une enquête ponctuelle menée par O'Donnell, Agronick, Duran, Myint-U et Stueve (2009) a révélé qu'une jeune femme sur cinq avait eu des rapports sexuels avant la huitième année, et que trois sur cinq avaient signalé au moins un type de comportement agressif pendant l'école intermédiaire. O'Donnell et coll. (2009) ont signalé qu'il y avait « [Traduction] des liens entre le comportement à l'adolescence et la violence de partenaires intimes à l'adolescence et à l'âge adulte » (p. 84). Il s'agit là d'une préoccupation pour les jeunes femmes de milieux urbains, qui signalent « un niveau relativement élevé de violence contre les pairs, surtout pendant l'école intermédiaire, une période pendant laquelle certains comportements comme les bagarres atteignent souvent leur sommet aussi bien chez les garçons que chez les filles » (O'Donnell et coll., 2009, p. 84).</p> <p>Par ailleurs, O'Donnell et coll. (2009) ont noté que les personnes qui avaient un comportement agressif pendant l'école intermédiaire étaient particulièrement vulnérables à la violence dans les fréquentations pendant l'adolescence et à la violence par le partenaire à l'âge adulte, et que celles qui étaient victimes de violence par le partenaire intime risquaient de se retrouver plus tard dans la même situation. Six pour cent des répondantes ont affirmé n'avoir eu aucun autre partenaire sexuel depuis le sondage précédent (laps de 10 ans), 22 % ont affirmé en avoir eu un ou deux, tandis que le reste a déclaré en avoir eu trois ou plus.</p> <p>Une étude réalisée par Wiemann, Agurcia, Berenson, Volk et Rickert (2000) portait sur les taux de prévalence des agressions physiques par un partenaire intime chez 724 adolescentes enceintes âgées de 12 à 18 ans. Parmi les femmes interrogées, 29 p. 100 avaient subi des violences physiques sous une forme ou une autre au cours des 12 mois précédents et 12 p. 100 ont signalé avoir subi des agressions physiques par le père de leur bébé. À cet âge, les jeunes femmes n'ont pas beaucoup d'expérience en fréquentations et il arrive souvent qu'elles ne comprennent pas la dynamique des relations de contrôle. Par exemple, une étude sur des adolescentes a révélé que la violence était mal comprise et interprétée comme un phénomène de colère (71 p. 100), de confusion (40 p. 100) et d'amour (27 p. 100) (Hyman, 1999). Par conséquent, le dépistage de la violence à un jeune âge offre l'occasion d'une intervention précoce permettant de réduire la violence dans la vie des jeunes femmes, de rehausser le niveau d'éducation sur la dynamique d'une relation violente et de favoriser l'établissement de relations saines entre les jeunes femmes et les jeunes gens qu'elles fréquentent.</p>	+

<p>Recommandation 3</p> <p>Les infirmières et infirmiers perfectionnent des compétences de création d'un climat qui facilite le signalement. Ceci exige qu'ils sachent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • comment poser la question au sujet de la violence faite aux femmes et de la violence de partenaires intimes; • comment réagir. <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	
<p><i>La recommandation 3 a été modifiée de manière à illustrer les mesures spécifiques que peuvent faire les infirmières et les infirmiers en cas de violence faite aux femmes ou de VPI.</i></p> <p><i>Le deuxième et le troisième paragraphes de la discussion sur les données probantes de la page 24 de la ligne directrice originale ont été révisés pour refléter le soutien supplémentaire de documentation.</i></p> <p>Discussion sur les données probantes :</p> <p>En plus d'instaurer un environnement de franchise, de sécurité et de confiance, selon Amar et Gennaro (2005), Johnson et coll. (2009), et McCord-Duncan, Floyd, Kemp, Bailey et Lang (2006), le personnel infirmier devrait faire ce qui suit afin d'adapter le milieu de manière à faciliter le signalement : (1) traiter la femme avec respect; (2) protéger la femme; (3) documenter l'interaction; (4) mettre la femme en contrôle; (5) réagir immédiatement en cas de signalement; (6) offrir des choix à la femme; (7) être présent en personne. De plus, la manière dont les questions sont posées est souvent plus importante que la manière dont elles sont formulées (SOGC, 2005). Il existe plusieurs stratégies possibles à cet effet, notamment la « [Traduction] normalisation (par ex. "je pose cette question à toutes mes patientes"), le traçage de liens et l'empathie (par ex. "je me demande si la violence empire vos maux de tête"), et la manifestation d'intérêt et de la capacité d'aider » (SOGC, 2005, p. 374).</p> <p>Il est essentiel que chaque infirmière ou infirmier se munisse d'une méthode qu'il juge appropriée et qu'il puisse utiliser avec assurance pour inciter les clientes à être « [Traduction] franches et ouvertes dans leurs réponses » (MLHU, 2000, p. 33). L'écoute empreinte d'empathie et sans jugement est une priorité quand l'infirmière ou l'infirmier est en contact avec des femmes victimes de violence dans un établissement de soins de santé (OMS, 2008).</p> <p>Soutien supplémentaire de documentation : Campbell et coll., 2009</p>	
<p>Recommandation 4</p> <p>Les infirmières et infirmiers perfectionnent des méthodes de dépistage et des interventions initiales qui répondent aux besoins de toutes les femmes, en tenant compte des différences liées à la culture, à la race, à l'appartenance ethnique, à la classe, aux convictions religieuses ou spirituelles, à l'âge, aux handicaps et à l'orientation sexuelle.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	
<p><i>La recommandation 4 a été modifiée par l'ajout du mot « culture » de manière à ce qu'elle se rapproche de la discussion sur les données probantes de la page 26 de la ligne directrice.</i></p> <p>Soutien supplémentaire de documentation : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, La prestation de soins adaptés à la culture, 2009 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Assurance de la qualité, L'Exercice réfléchi, 2011</p>	

Recommandations relatives à la formation

Les recommandations 5, 6 et 7 sont devenues des « recommandations relatives à la formation » au lieu de « recommandations relatives à la pratique » pour que ces dernières ne contiennent que des instructions relatives à la pratique du personnel infirmier et des professionnels de la santé.

✓ non modifié
 ✎ modifié
 + renseignements additionnels
 NEW nouvelle recommandation

<p>Recommandation 5</p> <p>Les infirmières et infirmiers font appel à des pratiques réflexives pour examiner l'influence de leurs propres croyances, valeurs et expériences sur l'exercice du dépistage.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IIa</p>	✓
<p>Soutien supplémentaire de documentation :</p> <p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, La prestation de soins adaptés à la culture, 2009 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Assurance de la qualité, L'Exercice réfléchi, 2011</p>	+
<p>Recommandation 6</p> <p>Les infirmières et infirmiers savent quels éléments doivent être documentés pendant le dépistage de la violence et les interventions en réaction à celle-ci.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	✓
<p>Soutien supplémentaire de documentation :</p> <p>Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de l'Ontario [BAIPVP], 2011 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], Documentation, 2008 Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada [SPIIC], 2008</p>	+
<p>Recommandation 7</p> <p>Les infirmières et infirmiers connaissent leurs obligations juridiques en cas de signalement de violence.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	✓
<p><i>La discussion sur les données probantes de la page 30 de la ligne directrice originale a été révisée pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion sur les données probantes</p> <p>Quatre principaux éléments doivent être pris en compte lorsque des violences sont signalées par une femme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La question de savoir si les violences seront signalées aux autorités. • La question du signalement de la violence par des femmes qui sont jeunes. • La question des enfants qui sont témoins de violences envers des femmes. • Le lien entre la violence au travail et la violence familiale [violence faite aux femmes/VPI]. <p>Tous les infirmières et infirmiers ont appris que le respect de la confidentialité du client est un aspect essentiel de leur relation avec le client. Il est important que les infirmières et infirmiers aient conscience des exceptions déontologiques, professionnelles et juridiques aux principes de la confidentialité du client (SPIIC, 2008). Le personnel infirmier doit avoir conscience de son code de déontologie (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIC], 2008), de ses normes de pratique en matière de confidentialité et de renseignements sur la santé (OIIO, 2004), ainsi que des règlements sur la confidentialité qui ont été adoptés par le milieu de pratique. La Loi sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé (BAIPVP, 2011) a des implications sur la documentation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé, tel qu'indiqué dans la Recommandation 6.0.</p>	+

La question de savoir si les violences seront signalées aux autorités

Au Canada, il n'existe aucune obligation de signaler à la police des violences faites à une femme. Chaque femme a le droit de décider de s'adresser à la police et elle doit y consentir avant que le personnel infirmier puisse prendre de telles mesures. Les infirmières et infirmiers doivent respecter la décision de la femme et soutenir son droit de choisir de le faire ou non (Santé Canada, 1999).

L'exemple ci-dessous illustre l'obligation d'intenter des poursuites judiciaires pour violence faite à une femme :

Si la police est envoyée dans un foyer à la suite d'un appel faisant part de préoccupations en termes de violence familiale et qu'elle détermine qu'il s'agit effectivement d'un cas de violence familiale, elle a l'obligation juridique d'intenter des poursuites. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce n'est pas la femme qui intente alors les poursuites. La police : (1) encouragera la femme à demander de l'aide médicale; (2) fournira des renseignements aux services communautaires et, dans certaines situations, (3) l'orientera aux ressources communautaires.

La question du signalement de la violence par des femmes qui sont jeunes

Comme la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires préconise le dépistage de la violence chez les femmes âgées de 12 ans et plus, il peut arriver que le signalement de violences par une adolescente nécessite la participation d'une société d'aide à l'enfance (SAE). Les renseignements suivants peuvent servir de guide général pour aider à mettre en application cette pratique.

En vertu du Code criminel du Canada (ministère de la Justice, 2011), une jeune femme de plus de 12 ans est habilitée à consentir à des activités sexuelles dans les cas suivants :

- Lorsqu'elle est âgée entre 12 et 14 ans, que la différence d'âge entre les deux personnes est de deux ans ou moins, que l'autre personne n'occupe pas une position de confiance ou d'autorité et qu'il n'y a pas de relation de dépendance ou d'exploitation,
- Lorsque la jeune personne est âgée entre 14 et 16 ans, que la différence d'âge entre les deux personnes est de cinq ans ou moins, que l'autre personne n'occupe pas une position de confiance ou d'autorité et qu'il n'y a pas de relation de dépendance ou d'exploitation.

Bien que la sexualité des adolescents puisse être une problématique difficile pour le personnel infirmier individuellement, il ne s'agit pas nécessairement d'événements qui peuvent être signalés, tel qu'illustré ci-dessus. Voici les facteurs qui font qu'un événement doit être signalé à une SAE :

- Lorsque la jeune femme a moins de 16 ans et que l'auteur allégué des violences est un fournisseur de soins de santé pour la jeune femme,
- Lorsque la jeune femme a moins de 16 ans et que l'auteur allégué des violences est une personne qui occupe une position d'autorité ou de confiance.

Les violences (physiques et/ou sexuelles) commises par un ami ne peuvent être signalées que lorsque ces conditions sont réunies ou, quand la jeune femme a moins de 16 ans, lorsque le ou les parents ou gardiens ont connaissance de ces violences et ne font rien pour assurer une supervision appropriée permettant de protéger la jeune femme. Si la jeune femme a 17 ans ou plus et est victime de violence de la part d'un ami, ce n'est qu'avec son consentement que la situation peut être signalée à la police et ce, qu'elle vive chez ses parents ou gardiens ou non.

Il n'existe pas de seuil d'âge pour le consentement à des soins ou à la collecte de renseignements aux fins de la création d'un dossier médical. Les jeunes femmes ont donc le droit de prendre leurs propres décisions en matière de santé (BAIPVP, 2011; Rozovsky et Inions, 2003) tant que les professionnels des soins sont d'avis que la cliente comprend les circonstances dans lesquelles elle se trouve et qu'elle peut prendre une décision éclairée. Lorsqu'une jeune femme a été jugée capable de prendre une décision sur ses traitements, ses parents, ses gardiens ou les SAE ne peuvent pas lui faire suivre un traitement ou passer un examen sans qu'elle n'y consente. De plus, les parents et gardiens ne peuvent pas obtenir l'accès à son dossier médical sans le consentement écrit de la jeune femme. Si les SAE mènent une enquête, il est possible qu'ils demandent accès au dossier médical. Dans une telle situation, il est recommandé de consulter l'agent de protection de la vie privée ou le gestionnaire qui les supervise.

La question des enfants qui sont témoins de violences envers des femmes

La Loi sur les services à l'enfance et à la famille de l'Ontario (2003) comprend des dispositions décrivant le devoir de signalement visant à protéger des enfants exposés à de la violence envers des femmes. L'« exposition » y est décrite comme le fait qu'un enfant voit, entend ou ait connaissance de violences, qu'elles soient verbales, émotionnelles ou physiques. L'enfant n'a pas à se trouver à la maison au moment où se déroule la violence pour être exposé à ses répercussions.

Le personnel infirmier a l'obligation juridique de faire un signalement aux SAE locaux quand des enfants sont exposés à la violence envers des femmes*. L'infirmière ou l'infirmier doit mentionner cette obligation à la femme et lui poser quelques questions clés :

- L'auteur des violences a-t-il menacé d'appeler les SAE pour leur dire qu'elle est une « mauvaise mère »?
- A-t-on déjà eu recours aux SAE et, si oui, qui en est le travailleur?
- Qu'a fait la femme pour protéger ses enfants?


Il est possible que la femme et ses enfants ne considèrent pas que comme positive l'idée de la participation des SAE. Souvent, la femme a peur de perdre ses enfants et craint qu'on la juge inapte à prendre soin d'eux et à les protéger. L'enfant, de son côté, a souvent peur d'être séparé de son ou ses parents, de sa maison, de sa famille et de ses amis (Berman, Hardesty et Humphreys, 2003; Jaffe, Wolff et Wilson, 1990). De plus, il arrive fréquemment que les enfants se sentent coupables et responsables de la situation parce qu'ils n'ont pas été « sages ». Dans ce genre de situation de violence, le bien-être de l'enfant ou des enfants a souvent un lien étroit avec le parent non violent (Jaffe et coll., 1990); pour cette raison, il faut répondre aux questions susmentionnées avant d'avoir recours aux SAE. Il faut que la femme soit en mesure de reconnaître que les SAE peuvent l'aider en lui recommandant des services et de l'aide pour combler ses besoins, par exemple en matière d'alimentation et d'habillement quand elle se rend à un endroit sécuritaire.


Il est important de documenter la réaction de l'enfant à la violence. Des actions comme pleurer et s'accrocher à un parent, ou encore l'anxiété accrue en cas de séparation et le signalement oral de violence doivent être notés. Souvent, quand un enfant divulgue des violences, il révèle en fait un secret de la famille et indique ainsi qu'il a besoin d'aide (Baker et Cunningham, 2005). Si les dispensateurs de soins de santé n'écoutent pas l'enfant et ne réagissent pas quand il fait une telle divulgation, ce dernier risque d'être découragé et de ne plus le mentionner à qui que ce soit d'autre, ce qui lui nuira encore davantage (Baker et Cunningham, 2005).

*Il est fortement recommandé de communiquer avec l'organisme de SAE local afin de mieux comprendre la réglementation relative à l'exposition des enfants à la violence envers des femmes. En collaborant avec d'autres organismes, il est possible d'instaurer des protocoles afin d'assurer une orientation sans problème vers les services susceptibles de protéger les enfants et la femme.

<p>Le lien entre la violence au travail et la violence familiale (VPI/violence faite aux femmes)</p> <p>Le nouveau projet de loi ontarien intitulé Violence et harcèlement au travail (Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail) exige désormais que les employés et les employeurs reçoivent une formation sur la violence, y compris la violence familiale survenant au milieu de travail. Le personnel infirmier doit connaître les règlements et les procédures de son établissement quand une situation de VPI se déroule au milieu de travail ou quand une collègue signale un cas de violence envers des femmes. La réglementation repose sur un principe de base : le fait que l'infirmière ou l'infirmier doit faire un signalement au gestionnaire qui le supervise. Si un incident critique survient et fait en sorte qu'un ou plusieurs travailleurs soient blessés par l'auteur des violences, l'employeur doit respecter ses obligations de signalement énoncées par la Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail.</p>	
<p>Recommandation 8</p> <p>Des programmes de formation obligatoire en milieu de travail sont élaborés dans le but :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de rehausser les connaissances et les compétences du personnel infirmier et • de favoriser l'éducation à la violence faite aux femmes et la prise en compte de cette réalité. <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : Ib</p>	✓
<p><i>La discussion sur les données probantes de la page 31 de la ligne directrice originale a été révisée par l'ajout du paragraphe suivant :</i></p> <p>Discussion sur les données probantes</p> <p>Hamberger et coll. (2004) ont signalé qu'avec une formation portant sur divers messages et techniques, il était possible d'augmenter l'efficacité personnelle, d'appuyer davantage le rôle du personnel infirmier et de faciliter l'orientation des victimes de VPI aux ressources communautaires adéquates, aussi bien du point de vue de l'identification que de l'aide. Johnson et coll. (2009) ont également affirmé qu'un curriculum théorique axé sur l'efficacité personnelle donnait lieu à une augmentation de l'efficacité du personnel infirmier en dépistage, à une réduction de la crainte d'offenser les victimes de VPI et à une perception améliorée des ressources offertes au personnel infirmier pour la prise en charge de la VPI. Toutefois, aucune des deux études n'a mesuré les changements comportementaux dans la pratique infirmière. Hamberger et coll. (2004) ont remarqué que même si les niveaux de suivi après 6 mois étaient élevés, on pouvait tout de même percevoir une baisse significative du niveau. Johnson et coll. (2009) ont noté que la formation à elle seule ne suffisait pas pour maintenir le niveau de connaissances et de compétences du personnel infirmier. Hamberger et coll. (2004) ont affirmé qu'il fallait des séances de rappel continues pour renforcer l'efficacité personnelle et pour que les infirmières et infirmiers aient plus de facilité à identifier et à aider les victimes de VPI.</p>	+
<p>Recommandation 9</p> <p>Tous les programmes en sciences infirmières intègrent de façon systématique la question de la violence faite aux femmes.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	✓

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

- ✓ non modifié
-  modifié
- + renseignements additionnels
- NEW nouvelle recommandation

<p>Recommandation 10</p> <p>Les établissements de santé élaborent des règlements et des procédures qui favorisent l'efficacité du dépistage généralisé de la violence faite aux femmes et les interventions initiales en réaction à celle-ci.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IIb</p>	<p>Modification du niveau de la preuve IV → IIb</p>
<p><i>Le paragraphe suivant a été ajouté au début de la discussion sur les données probantes de la page 33 de la ligne directrice originale.</i></p> <p>Discussion sur les données probantes</p> <p>Selon Haggblom, Hallberg et Moller (2005), les administrateurs du domaine de la santé doivent déployer davantage d'efforts afin de préparer le personnel infirmier au point d'intervention à offrir des soins aux femmes victimes de violences. De plus, ils doivent démontrer leur « [Traduction] responsabilité relative à l'évaluation et au nouvel examen des interventions mises en œuvre » (Haggblom, Hallberg et Moller, 2005, p. 241).</p>	<p>+</p>
<p>Recommandation 11</p> <p>Les établissements de santé font participer la collectivité dans le but d'améliorer la collaboration et l'intégration des services parmi les différents secteurs.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : Ib</p>	
<p><i>La recommandation ci-dessus a été modifiée par la suppression des mots « sur le plan de leurs systèmes ». La discussion sur les données probantes de la page 34 de la ligne directrice originale a été révisée pour refléter le soutien supplémentaire de documentation.</i></p> <p>Discussion sur les données probantes</p> <p>Les soins prodigués aux femmes victimes de violences peuvent être considérablement améliorés par l'entremise d'interventions éclairées et offertes en collaboration avec les services communautaires. L'élaboration d'une telle approche favorisera le signalement par la victime, tout en réduisant sa crainte de victimisation par le système de santé (Postmus, Severson, Berry et Yoo, 2009) et en s'assurant que les services sont compétents du point de vue culturel (Arnette, Mascaro, Santana, Davis et Kaslow, 2007).</p> <p>Les organismes doivent reconnaître que les services que les dispensateurs de soins considèrent comme les plus importants ne sont pas nécessairement ceux auxquels les clientes accordent le plus de valeur (Krugman et coll., 2004). Les femmes victimes de violences ont plus de chances de rechercher des services tangibles (comme des refuges et du soutien financier) que des conseils et de l'aide juridique, par exemple (Postmus et coll., 2009).</p>	<p>+</p>

Pour comprendre la multitude de services et toute l'aide dont ont besoin les femmes victimes de violences, il est essentiel que les dispensateurs de soins collaborent. Allen, Bybee et Sullivan (2004) soulignent qu'il faut une approche de défense des intérêts personnalisée et complète de manière à permettre à une victime de profiter au maximum des ressources communautaires. De plus, Pollack et coll. (2010) ont remarqué que la satisfaction des clientes atteignait son sommet quand des professionnels d'un programme d'aide aux employés (un avantage social qui aide les employés pour divers problèmes pouvant avoir des répercussions sur leur rendement) participaient à l'orientation vers d'autres services au lieu de simplement leur fournir des renseignements sur les services communautaires. Une étude multi-communautaire a eu des résultats semblables : les clientes jugeaient que les services pour violence familiale et agression sexuelle quand la coordination entre les différents organismes était assurée (Zweig et Burt, 2007).

La mise en œuvre d'une approche généralisée pour relever le problème de la violence faite aux femmes pourrait présenter des résultats positifs pour les dispensateurs de soins de santé. Les dispensateurs ont dit faire davantage confiance aux services offerts dans un milieu considérant la violence faite aux femmes comme un enjeu important, tel que démontré par la mise en application de règlements et de procédures et par la disponibilité de formations et de ressources (Chang et coll., 2009).

Recommandation 12

Des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une aide appropriée à la mise en place. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui comprend les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la mise en place.
- La participation de tous les membres (dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place.
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place.
- La présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des lignes directrices.

À cet égard, la RNAO/AIIO (par l'entremise d'un panel composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique, fondée sur les données probantes disponibles, des perspectives théoriques et un consensus. La RNAO/AIIO recommande fortement l'utilisation de cette Trousse pour guider la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale.

Niveau de la preuve : IV



Annexes

Seules les annexes qui ont été modifiées sont inscrites ci-dessous.

Annexe C : Outils d'évaluation destinés aux infirmières et aux infirmiers

Les outils suivants s'ajoutent à ceux fournis de la page 60 à 62 de la ligne directrice originale. Le groupe de révision les a choisis comme nouvelles possibilités pour les divers types de milieu de pratique. Tous ces outils ont été validés :

Outil d'évaluation	Référence
Inventaire de dépistage de la violence – ASI (Abuse Screening Inventory) : Composé de 16 éléments portant sur quatre types de violence : psychologique, physique et sexuelle, ainsi que la violence dans les soins de santé.	Swahnberg, K. et Wijma, K. (2007). Validation of the Abuse Screening Inventory (ASI). <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 35, 330-334. DOI:10.1080/14034940601040759
Humiliation, peur, viol et coups de pied – HARK (Humiliation, Afraid, Rape, Kick) : Les quatre questions HARK permettent d'identifier les femmes victimes de VPI au cours de la dernière année et les aident à signaler les cas de VPI dans le cadre de la pratique générale.	Sohal, H., Eldridge, S. et Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice. <i>BMC Family Practice</i> , 8:49. DOI: 10.1186/1471-2296-8-49. Voir l'exemple 1.
Blessures, insultes, menaces et cris – HITS (Hurt, Insulted, Threatened with harm, Screamed at) : Un petit outil de dépistage de la violence familiale à utiliser en milieu communautaire ou en médecine de famille.	Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E. et Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. <i>Family Medicine</i> , 30(7), 508-512. Voir l'exemple 2.
Outil d'évaluation de la violence continue – OVAT (Ongoing Violence Assessment Tool) : Un outil à quatre points conçu pour mesurer un cas de VPI continu, généralement employé dans les salles d'urgence.	Weiss, S.J., Ernst, A.A., Cham, E. et Nick, T.G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. <i>Violence and Victims</i> , 18(2), 131-141.
Outil de dépistage de la violence par le partenaire – PVS (Partner Violence Screen) : Un petit outil composé de trois questions au sujet d'anciennes occurrences de violence et du niveau de sécurité personnelle perçue.	Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R. et Abbott, J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 277(17), 1357-1361.

Exemple 1 : Questions de l'outil HARK

H → Humiliation

Depuis un an, avez-vous été humiliée ou avez-vous été victime d'un autre type de violence émotionnelle par votre partenaire ou votre ancien partenaire?

A → Peur

Depuis un an, avez-vous eu peur de votre partenaire ou de votre ancien partenaire?

R → Viol

Depuis un an, avez-vous été violée ou forcée à des activités sexuelles par votre partenaire ou votre ancien partenaire?

K → Coups de pied

Depuis un an, avez-vous subi des coups de pied, des coups, des baffes ou toute autre attaque physique par votre partenaire ou votre ancien partenaire?

Un point est accordé pour chaque « oui »; un score supérieur à 1 révèle une situation de VPI.

Sohal, H., Eldridge, S. et Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8:49. DOI: 10.1186/1471-2296-8-49.

Autorisation de reproduire.

Exemple 2 : Blessures, insultes, menaces et cris – HITS (Hurt, Insulted, Threatened with harm, Screamed at)

Veillez lire chacune des actions suivantes et remplir le cercle qui indique le mieux la fréquence à laquelle votre partenaire agit de la manière indiquée.

À quelle fréquence votre partenaire fait-il ce qui suit?	Jamais	Rarement	Parfois	Relativement souvent	Souvent
1. Vous blesser physiquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vous insulter ou vous parler avec mépris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous menacer de vous blesser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous crier après ou vous lancer des jurons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5

Chaque point a une note de 1 à 5, pour un total de 4 à 20 points. Tout résultat supérieur à 10 est jugé positif.

Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E. et Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.

L'outil HITS a été protégé par droits d'auteur en 2003 par Kevin Sherin M.D., maîtrise en hygiène publique; autorisation de reproduire de Kevin Sherin, M.D.

Annexe D : Formulation des questions initiales

De nouveaux renseignements ont été ajoutés à l'annexe existante, à la page 63 de la ligne directrice originale :

Posez toujours les questions à la femme seul à seule et dans un endroit privé. Commencez par une courte explication sur la raison pour laquelle vous posez ces questions.

Par exemple :

« Comme la violence envers des femmes est un phénomène très courant dans la vie de plusieurs personnes, j'ai maintenant pour principe d'interroger toutes mes clientes à ce sujet. » *Puis-je vous poser quelques questions à ce sujet?*

« Plusieurs des femmes que je rencontre doivent faire face à la violence dans leurs relations. Certaines ont trop peur ou se sentent trop mal à l'aise pour parler d'elles-mêmes et j'ai donc commencé à poser systématiquement des questions. » *Puis-je vous poser quelques questions à ce sujet?*

Si la femme répond « non », respectez sa décision.

Si la femme répond « oui », posez ensuite des questions spécifiques.

Par exemple :

« Vous a-t-on déjà fait mal ou menacée? »

« Vivez-vous présentement ou avez-vous déjà vécu une relation dans laquelle votre partenaire vous a fait mal, vous a menacée ou vous a poussée à avoir peur (ou à vous sentir en danger)? »

« Avez-vous déjà subi des violences psychologiques, physiques ou sexuelles infligées par votre partenaire ou par une personne importante pour vous? »

Considérations spécifiques relatives aux adolescentes

« Chaque personne a le droit d'être en sécurité et de choisir ce qu'elle fait de son corps. Dans le cadre de ma pratique, je rencontre souvent des jeunes femmes qui vivent des difficultés dans leurs relations avec leurs amis et leurs copains. Puis-je vous poser quelques questions à ce sujet? »

Si la femme répond « oui », posez ensuite des questions spécifiques.

« Parfois, certaines personnes nous disent et font des choses qui peuvent nous blesser, nous troubler et nous rendre mal à l'aise. Avez-vous déjà eu ce sentiment en raison du comportement d'une autre personne? »

Tenez compte des réponses de la cliente pour orienter votre ou vos autres questions..

Conseils :

- Il est possible que vous ayez à définir le mot « blesser » dans des mots qui conviennent à l'âge de la cliente. Consultez l'Annexe L (« Les huit formes de violence »).
- Évitez les mots tels que « mauvais ». Par ce mot, une jeune personne pourrait penser que vous dites qu'elle se comporte mal ou qu'elle a commis de mauvaises actions.
- Évitez les questions directives; soyez directe et allez droit aux faits; laissez la jeune personne répondre dans ses propres mots.
- Afin que vous puissiez obtenir la confiance d'une jeune femme, votre entrée en matière devra être plus lente.
- Il sera peut-être nécessaire d'expliquer que des violences sexuelles, bien qu'il s'agisse d'un acte qu'elle n'a pas voulu, peuvent faire en sorte « qu'elle se sente bien ». Ceci ne rend pas de tels actes acceptables pour autant.

Annexe H : Planification de la sécurité

Le texte suivant a été ajouté au début de l'annexe de la page 70 de la ligne directrice originale :

Demandez toujours à la femme ce qu'il lui faut pour être en sécurité et soyez à l'écoute de ses besoins. Voici quelques principes clés à ne pas oublier :

- La sécurité est la priorité. Elle et ses enfants sont-ils en danger? Qu'a-t-elle fait pour l'instant? De quoi a-t-elle besoin?
- La femme est celle qui connaît le mieux sa propre vie, ne l'oubliez pas.
- Chaque femme est unique. Ne supposez rien au sujet de sa sécurité.
- Offrez de l'aide, des renseignements et des choix, PAS DES CONSEILS.
- Donnez des renseignements sur les ressources locales, notamment les refuges et les lignes d'aide.

N'oubliez pas que votre réaction (ou manque de réaction) pourrait faire en sorte que la femme et ses enfants se retrouvent en plus grand danger encore.



Annexe J : Ressources éducatives

Les ressources éducatives suivantes ont été ajoutées à la liste que l'on retrouve à la page 73 de la ligne directrice originale :

Sites Web :

Éducation juridique communautaire Ontario

<http://www.cleo.on.ca/>

International Association of Forensic Nurses

<http://www.iafn.org/>

Recensement des outils d'évaluation des risques de violence conjugale utilisés au Canada

http://www.justice.gc.ca/fra/pi/rs/rap-rep/2009/rr09_7/index.html

Making a Difference Canada: Communities Giving Voice to Sexual Assault Victims

<http://www.makingadifferencecanada.ca/index.html>

National Online Resource Centre on Violence Against Women

<http://www.vawnet.org/>

Réseau ontarien des centres de traitement en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale

<http://www.sadvreatmentcentres.net/>

Plan d'action ontarien contre la violence familiale

<http://www.women.gov.on.ca/french/resources/publications/dvap/dvap.pdf>

Plan d'action de l'Ontario contre la violence à caractère sexuel

<http://www.citizenship.gov.on.ca/owd/french/women/svap2011.pdf>

<http://www.shelternet.ca/splashPage.htm>

Organisation mondiale de la Santé.

http://www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/

Éducation :

Intervention du Service des Urgences en cas de Violence Familiale

www.dveducation.ca

Lecture recommandée :

Johnson, M.P. (2008). *A Typology of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance and Situational Couple Violence*. New Hampshire : Northeastern University Press.

Annexe K : Scénarios d'enseignement

Les scénarios suivants s'ajoutent à ceux inscrits à la page 76 de la ligne directrice originale. Ces scénarios et les questions qui les suivent pourront guider l'infirmière ou l'infirmier dans son interaction avec la cliente et sa famille.

1. Scénario communautaire – Programme Bébé en santé, enfants en santé (Ontario)

Vous êtes infirmière ou infirmier en santé publique et vous faites une visite de suivi post-partum à domicile. Le bébé et la mère avaient reçu leur congé de l'hôpital il y a deux jours de cela, après un accouchement sans complication. La mère a 24 ans et a un autre enfant, un garçon de quatre ans. À votre arrivée dans sa maison, vous remarquez un grand désordre : une lampe et une chaise brisées dans un coin, des vêtements éparpillés un peu partout... Le jeune enfant reste tout près de sa mère et surveille de près chacune de vos actions. La mère a l'air très fatiguée. Elle est assise, tendue, sur le canapé et semble faire attention à son bras droit. Le bébé dort à côté de sa mère sur le canapé.

Pendant la conversation avec sa mère, l'enfant dit « papa frappe maman ». La mère fond en larmes, l'air terrifiée.

Que feriez-vous face à un tel signalement?

Quelles sont vos obligations juridiques dont vous devez tenir compte?

Comment procéderiez-vous pour discuter de la planification de la sécurité avec la mère?

2. Scénario dans un hôpital

Vous êtes infirmière ou infirmier dans la salle d'urgence de votre hôpital communautaire. Une femme arrive en ambulance, manifestement angoissée, du sang sur son visage et sa tête. Pendant qu'elle est au triage, son mari arrive et demande à voir son épouse. Vous lui expliquez qu'elle est en train de se faire examiner au triage et que vous irez le voir une fois qu'elle aura fini. Vous lui dites d'attendre en salle d'attente.

Malgré vos demandes, l'homme ne s'arrête pas : il continue de faire du bruit, de demander de voir son épouse et de vous dire qu'elle ne cesse de tomber et de se blesser, qu'elle est prédisposée aux accidents. Vous lui répétez que conformément au règlement de l'hôpital, la famille doit rester en salle d'attente jusqu'à ce que le patient ait fini l'évaluation initiale et soit installé dans une chambre. Une fois que ce sera fait pour son épouse, vous l'aviserez. Résigné, il se rend alors en salle d'attente, menaçant de se plaindre contre vous et d'autres employés à vos supérieurs.

Vous informez l'infirmière au triage de ce qu'il s'est passé avec le mari et celle-ci vous répond que la femme a affirmé avoir été battue, étranglée et poussée dans les escaliers par son mari, et qu'elle ne veut pas le voir.

En tenant compte du comportement du mari et de ce que vient d'affirmer la femme, comment réagiriez-vous?

Quelles mesures de dépistage supplémentaires adopteriez-vous?

De quels enjeux de sécurité devriez-vous tenir compte pour la femme et le personnel de l'hôpital pendant qu'elle se trouve dans la salle d'urgence?

Quels services et quels renseignements offririez-vous?

Quelles mesures de planification de la sécurité devraient être mises en œuvre?

Comment procéderiez-vous pour fournir des soins de suivi?

3. Scénario dans une école

Vous êtes infirmière ou infirmier en santé publique à une école intermédiaire de la région. Une enseignante rentre à l'infirmier accompagnée d'une jeune fille de 14 ans qu'elle affirme avoir trouvée dans la salle de bains en train de pleurer. Tandis que vous faites connaissance avec l'étudiante en question, vous remarquez qu'elle a plusieurs petites marques rouges autour de son cou. Quand vous lui demandez de quoi il s'agit, elle hésite un peu puis vous répond que son copain, l'entraîneur adjoint de l'équipe de hockey locale (qui a 17 ans), lui a fait ces suçons pendant la fin de semaine. Il a également mis des photos d'elle sur Internet aujourd'hui; c'est pour cette raison qu'elle pleurait.

Que feriez-vous pour dépister un cas de violence envers cette jeune femme?

Quelles sont vos obligations juridiques dont vous devez tenir compte?

Avec qui devriez-vous envisager de communiquer? Avez-vous besoin de la permission de l'étudiante?

Quelles mesures de planification de la sécurité devriez-vous envisager?

Qui devrait faire un suivi?

Annexe L : Exemples de règlements

Les règlements suivants sont des exemples qui s'ajoutent à ceux des pages 77 à 87 de la ligne directrice originale. Bien que le contenu des règlements ne s'harmonise pas toujours avec les recommandations de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires, il pourrait tout de même faciliter l'élaboration de règlements au sein d'autres organismes. Il est possible qu'une partie de la terminologie employée soit propre à l'organisme dont le règlement provient.

Exemple n° 1 : règlement d'un établissement

Source : Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

OBJET

Veiller à ce que les membres du personnel des départements de services pertinents comprennent leur responsabilité d'identifier les femmes qui ont subi des violences et de procéder à une intervention efficace auprès de ces femmes.

RÈGLEMENT

Le personnel des départements de service pertinents :

- A une bonne connaissance de la dynamique de la violence faite aux femmes et de ses répercussions sur la femme et ses enfants.
- A les compétences requises pour procéder à une intervention efficace en cas de signalement.
- A une bonne connaissance des ressources communautaires destinées aux femmes qui ont subi des violences et à leurs enfants, et
- Procédera, lorsqu'il est pertinent de le faire, à un dépistage de la violence chez toutes les femmes de 12 ans et plus en employant le protocole détaillé de dépistage de routine et généralisé RUCS (Routine Universal Comprehensive Screening).

PROCÉDURE

1.0 Chaque département de services élaborera des procédures appropriées de dépistage de routine et de détermination précoce de la violence faite aux femmes.



Exemple n° 2 : règlement d'un hôpital

Source : Cornwall Community Hospital (2010). Patient Care Policies and Procedures, Cornwall, Ontario. Autorisation de reproduire.

OBJET :

Mettre au point un processus pour le dépistage de la violence de partenaires intimes chez toutes les patientes de 12 ans et plus, car la majeure partie des victimes de violence familiale qui se présentent à l'hôpital affirment que si on le leur demandait, elles seraient prêtes à discuter d'antécédents de violence.

Chaque intervention augmente les chances de mettre fin à la violence avant qu'elle ne dégénère davantage. L'objectif consiste à améliorer les soins offerts aux victimes de violence de partenaires intimes en reconnaissant les patientes touchées et en les orientant vers des ressources susceptibles de les aider.

DÉFINITIONS :

Violence de partenaires intimes : un type de comportement qu'emploie une personne pour prendre ou garder le contrôle d'une autre personne. On retrouve de la violence de partenaires intimes dans toutes les relations entre partenaires intimes, y compris les unions de fait et les unions homosexuelles. Elle peut comprendre ou non de la violence physique, ainsi que d'autres formes de maltraitance et de cruauté comme les menaces constantes et la violence psychologique, émotionnelle et verbale.

Dépistage généralisé de routine : Le terme « routine » fait référence à la fréquence à laquelle le dépistage est mené. Le dépistage de routine est exécuté régulièrement, que des indicateurs de violence soient présents ou non. Le terme « généralisé » fait référence aux caractéristiques du groupe qui fera l'objet du dépistage : le personnel infirmier pose des questions sur la violence à toutes les patientes ayant dépassé un certain âge.

RÈGLEMENT :

- 1) Toutes les patientes qui ont 12 ans et plus se verront poser des questions au sujet de la violence de partenaires intimes chaque fois qu'elles se rendront à l'hôpital. Le personnel emploiera l'outil de dépistage généralisé de routine (annexe D)¹ pour guider le processus.
- 2) Le dépistage généralisé de routine (DGR) sera effectué par des professionnels de la santé qui ont reçu la formation obligatoire à cet effet. La formation en question portera sur :
 - a) la dynamique de la violence des partenaires;
 - b) les répercussions de la violence sur les hommes, les femmes et les enfants;
 - c) les interventions efficaces en cas de divulgation;
 - d) comment orienter vers l'Assault and Sexual Abuse Program (ASAP);
 - e) des renseignements sur les ressources communautaires;
 - f) comment parler aux patientes de la prévalence de la violence et de ses répercussions possibles sur la santé;
 - g) quoi inscrire dans le dossier de santé;
 - h) où trouver les numéros d'urgence.
- 3) Avant le dépistage, le professionnel de la santé doit dire à la patiente que s'il y a des enfants concernés, la société d'aide à l'enfance (SAE) devra être avisée.
- 4) Le professionnel de la santé fera le DGR :
 - a) quand la patiente est dans un état stable;
 - b) en lui posant des questions en personne pour s'assurer de protéger sa confidentialité (les patientes n'ont pas à remplir de formulaires);
 - c) en tenant compte de la sécurité immédiate de la patiente avant, pendant et après l'évaluation;
 - d) quand la patiente est seule (personne d'autre ne doit être présent, pas même d'enfants de plus de 3 ans);
 - e) seulement avec un interprète culturel formé (en cas d'obstacle linguistique).
- 5) Si la patiente fait un signalement et répond oui aux questions de dépistage, le professionnel de la santé :
 - a) l'oriente vers l'ASAP;
 - b) laisse un message à l'ASAP comme quoi il a orienté une patiente vers le programme;

¹ L'annexe D n'est pas incluse

- c) lui offre une carte mentionnant les numéros d'urgence (si la patiente refuse l'orientation);
- d) a l'obligation, si la patiente a moins de 16 ans, de transmettre oralement le signalement à la SAE [pour de plus amples renseignements, consultez la discussion sur les données probantes de la recommandation 7].

PROCÉDURE :

Le professionnel de la santé responsable de l'évaluation :

1. suivra le processus de dépistage décrit dans la formation obligatoire;
2. effectue le Self Learning Package chaque année;
3. s'assure que le dossier médical indique :
 - a) la question qui a été posée;
 - b) la réponse de la patiente;
 - c) les mesures adoptées, y compris les orientations.



Exemple n° 3 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

OBJET

S'assurer que toutes les clientes de 12 ans et plus sont au courant des différents types de violence qui existent et de leurs répercussions possibles sur la santé pendant toute évaluation menée en clinique.

RÈGLEMENT

- Le personnel et les autres professionnels de la santé connaissent les différents types de violence pouvant toucher les femmes.
- Le personnel et les autres professionnels de la santé connaissent les répercussions de la violence faite aux femmes sur la santé.
- Le personnel et les professionnels de la santé utilisent les connaissances susmentionnées pendant qu'ils font une évaluation de santé aux clientes de 12 ans et plus.

PROCÉDURES

1.0 Principes directeurs pour le dépistage chez les femmes

- 1.1 Le personnel et les autres professionnels de la santé adoptent une attitude et un comportement adéquats pour traiter la cliente avec respect, dignité et compassion, tout en portant attention aux différences en termes d'âge, de culture, de langue, d'origine ethnique et d'orientation sexuelle.
- 1.2 Le personnel et les autres professionnels de la santé utilisent des mots, des gestes et des expressions pour produire une atmosphère sans menaces ni jugements, pour que la cliente sente que l'on veut son bien et qu'on lui offre du soutien. Les membres du personnel doivent également éviter de critiquer l'auteur des violences.
- 1.3 Le personnel et les autres professionnels de la santé montrent qu'ils croient à ce que leur raconte la femme.
- 1.4 Le personnel et les autres professionnels de la santé répètent quand il le faut aux clientes que :
 - a) la violence n'est pas la faute de la femme, mais bien la responsabilité de l'auteur des violences;
 - b) personne n'a le droit d'être violent contre une autre personne;
 - c) la violence physique et sexuelle est un crime au Canada.
- 1.5 Le personnel et les autres professionnels de la santé parlent à la cliente des règlements et des procédures mis en application à la clinique pour protéger la confidentialité des patients et peuvent définir clairement les cas où cet engagement de confidentialité ne s'applique pas.
- 1.6 Le personnel et les autres professionnels de la santé notent le nécessaire de façon claire et concise.
- 1.7 Le personnel et les autres professionnels de la santé avisent la cliente des graves répercussions sur la santé que peut avoir la violence continue et lui offrent des renseignements sur les services et ressources communautaires.
- 1.8 Le personnel et les autres professionnels de la santé respectent le droit de la cliente de prendre ses propres décisions et reconnaissent qu'elle peut s'occuper de la violence à son propre rythme, avec ses propres termes et selon ses propres décisions.

2.0 Mise en application du protocole RUCS² en clinique pour les infirmières et infirmiers en santé publique

- 2.1 Toutes les femmes de 12 ans et plus qui se présentent à la clinique pour des services de santé seront évaluées à l'aide des questions de dépistage du protocole RUCS (F1). Les services de santé en question comprennent les services planifiés et les autres sans rendez-vous, comme les contraceptifs d'urgence. Les clientes qui passent en clinique pour acheter des contraceptifs ne seront pas évaluées sauf s'il y a un motif raisonnable de soupçonner un cas de violence.
- 2.2 Pendant l'évaluation initiale d'une cliente de 12 ans et plus, l'ISP³ lui demande si elle a été victime de violence sous une forme ou une autre depuis un an ou à n'importe quel moment de sa vie. Avant de mener cette évaluation, l'ISP doit s'assurer que la cliente comprend bien l'obligation juridique consistant à signaler à la SAE les cas de violence soupçonnée contre une personne de moins de 16 ans et explique la procédure en cas de signalement (voir le règlement A-300) [pour de plus amples renseignements, voir la discussion sur les données probantes de la recommandation 7].

² Consulter l'exemple de règlement n° 5

³ « ISP » signifie « infirmière ou infirmier en santé publique »

- 2.3 S'il n'y a pas de signalement de violence et que l'ISP ne remarque pas d'indicateurs de violence réelle ou potentielle, l'ISP note les réponses de la cliente sur le formulaire d'évaluation de la santé initiale dans la case appropriée du RUCS.
- 2.4 Si la femme ne signale pas de violence mais a un comportement ou fait des gestes faisant croire à l'ISP qu'il pourrait s'agir d'un cas de violence, l'ISP note les réponses de la cliente sur le formulaire d'évaluation de la santé initiale dans la case appropriée du RUCS. Le formulaire du protocole d'évaluation RUCS sera alors employé pour documenter tous les éléments pertinents de la violence et des interventions ayant eu lieu.
- 2.5 Si la femme de 12 ans ou plus signale de la violence réelle ou potentielle, l'ISP note les réponses de la cliente sur le formulaire d'évaluation de la santé initiale dans la case appropriée du RUCS. L'ISP utilise ensuite le formulaire du protocole d'évaluation RUCS pour documenter tous les éléments pertinents de la violence et des interventions ayant eu lieu.
- 2.6 Si une cliente de moins de 12 ans fait un signalement, l'ISP a l'obligation juridique de le transmettre oralement immédiatement à la société d'aide à l'enfance (SAE). Consulter le règlement A-300 « Détection et suivi des victimes potentielles de violence ».

3.0 Mise en application du protocole RUCS pour les assistants cliniques

- 3.1 Si une femme de 12 ans et plus signale un cas de violence à une assistante ou un assistant clinique, ou encore si une assistante ou un assistant clinique a des motifs raisonnables de soupçonner un cas de violence, il ou elle doit tout d'abord s'assurer que la cliente est à l'aise et en sécurité.
- 3.2 L'assistant ou l'assistante clinique fait immédiatement part de ses préoccupations au médecin ou à l'ISP.
- 3.3 L'assistant ou l'assistante clinique note ses observations et ses actions dans les notes d'évolution.
- 3.4 Si un cas de violence contre une cliente de moins de 12 ans est signalé à l'assistant ou l'assistante clinique, il ou elle a l'obligation juridique de le transmettre immédiatement oralement à la société d'aide à l'enfance (SAE) sous la direction de l'ISP.

4.0 Mise en application du protocole RUCS pour les autres professionnels de la santé

- 4.1 Le médecin ou le professionnel de la santé doit commencer par vérifier le dossier médical de la patiente à la recherche d'anciens signalements avant de commencer l'examen. Une cliente qui a déjà été victime de violence risque de réagir de façon négative à un examen pelvien.
- 4.2 Si la cliente a déjà signalé un cas de violence, le médecin doit porter une attention particulière aux signes de violence que l'ISP aurait pu ne pas remarquer. Il devra noter tous les signes physiques de violence pertinents sur une illustration du corps, puis noter tous les renseignements supplémentaires obtenus pendant l'examen et les interventions.
- 4.3 Le médecin doit signaler ses conclusions à l'ISP. Il collaborera avec l'ISP et la cliente pour créer un plan de sécurité et amorcer l'orientation vers les ressources communautaires.

5.0 Formation du nouveau personnel

- 5.1 Les nouveaux employés, quelle que soit leur profession, recevront une formation sur le protocole RUCS pendant l'orientation.

Exemple n° 4 : règlement d'un département ou d'une unité

Source : Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

OBJET

Garder un dossier permanent sur papier de tous les entretiens RUCS menés après un signalement. Le formulaire RUCS fera partie du dossier de la cliente.

PROCESSUS

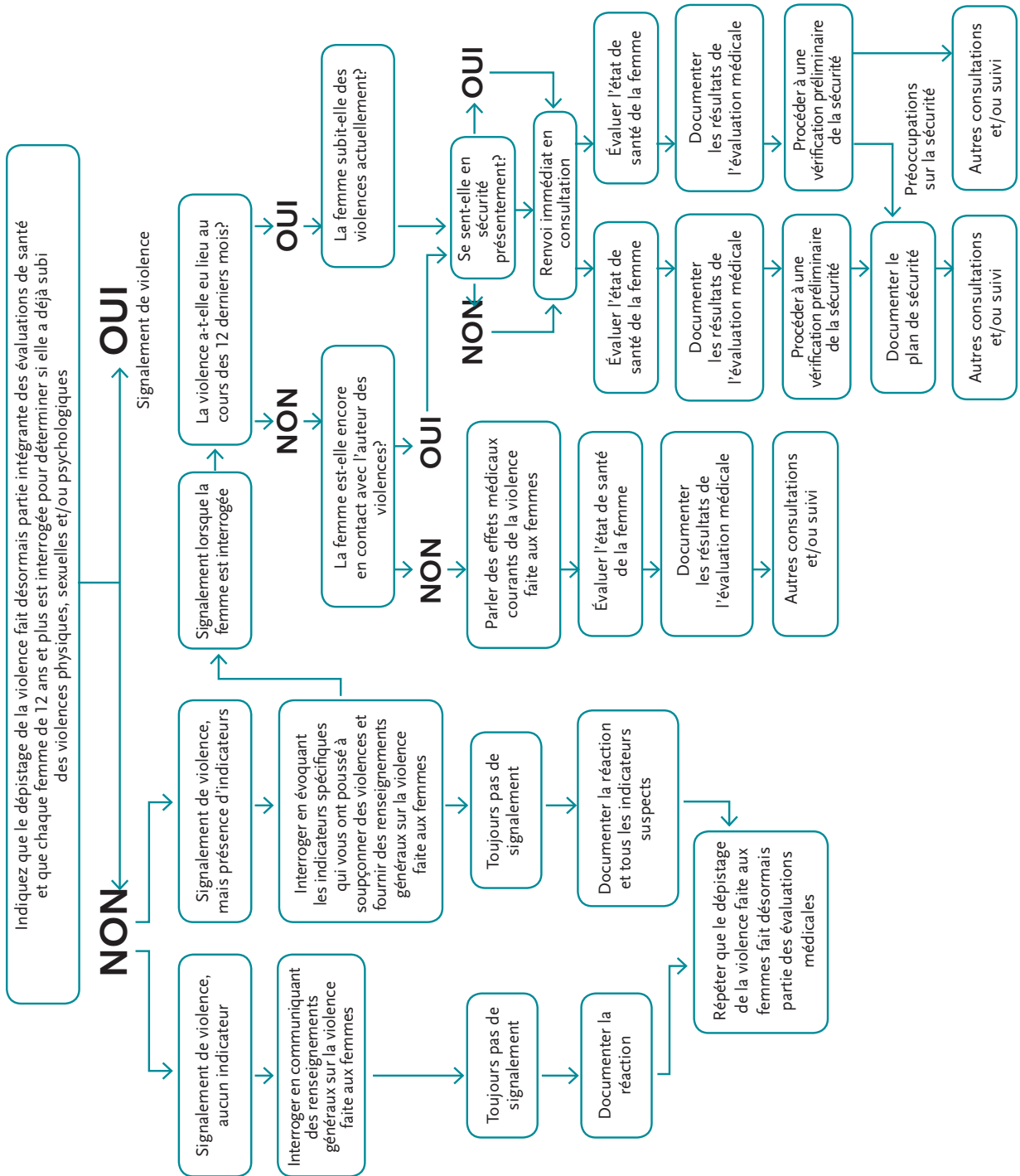
1. Écrire le numéro de dossier de la cliente ainsi que le service auquel elle a eu recours dans le haut du formulaire.
2. Noter les renseignements demandés à la cliente après le signalement. Il est possible d'inscrire des notes au verso du formulaire si nécessaire.
3. Inscrire l'intervention qui a eu lieu, y compris les dispositions prises pour le suivi, le cas échéant, dans la section 2 du formulaire.
4. Pour les cas récents d'agression sexuelle ou de violence, remplir la section 3 en y inscrivant les détails de la situation et de l'intervention de l'ISP. Il est possible d'inscrire des notes au verso du formulaire si nécessaire.
5. Si la cliente n'a pas signalé de violence mais qu'il y a présence d'indicateurs, l'ISP doit discuter des indicateurs suspects et les noter dans la section 4 du formulaire.
6. Le formulaire RUCS demeurera dans le tableau du client. Pour des fins statistiques, les cas de violence feront l'objet d'un suivi sur le formulaire de suivi RUCS gardé dans chaque bureau d'ISP. Ces formulaires de suivi seront recueillis trimestriellement pour que le CTA puisse en compiler les statistiques.
7. Pour de plus amples renseignements, consulter la section 7-30 Principes directeurs de la violence contre les femmes et mise en application du protocole RUCS.



Exemple n° 5 : Le protocole détaillé de dépistage de routine et généralisé – RUCS (Routine Universal Comprehensive Screening)

Source : Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Autorisation de reproduire.

Protocole détaillé de dépistage de routine et généralisé – RUCS (Routine Universal Comprehensive Screening)



Les deux annexes suivantes sont NOUVELLES :

Annexe M : Réaction en cas de signalement

Les deux scénarios suivants illustrent des situations qui pourraient survenir dans un milieu de soins infirmiers en santé mentale. Les questions proposées ne sont que des guides à suivre pendant l'interaction; il est possible qu'il faille les formuler différemment (question ouverte ou question fermée) selon la situation, le contexte clinique et la portée de la pratique du dispensateurs de soins.

Il est important de garder les conseils suivants en tête quand on réagit à un signalement de violence faite aux femmes ou de VPI.

Les entretiens doivent se faire en privé
Croyez ce que dit la cliente
Évaluez la sécurité de la cliente
Offrez-lui de l'aide
Demandez-lui sa permission de l'orienter vers une autre personne-ressource

Scénario n° 1 :

Elizabeth, 23 ans, arrive aux services d'urgences psychiatriques; ses voisins, craignant pour la sécurité de la jeune femme, avaient appelé la police. Les voisins en question ont affirmé qu'Elizabeth était allée dans la rue devant des voitures en mouvement à plusieurs reprises. La jeune femme est en colère et insiste que les gens autour d'elle ne la protègent pas. À l'aide de son dossier médical, l'infirmière apprend qu'Elizabeth a déjà été victime de violence sexuelle, physique et émotionnelle. Elle remarque également que la femme a des cicatrices et des coupures récentes sur ses bras. Elizabeth dit à l'infirmière qu'elle se souvient de quelque chose de mal qui lui était arrivé jadis.

Réaction :

- Les entretiens doivent se faire en privé :
 - « Allons dans la salle d'entretien ou dans le bureau pour en parler »
- Croyez ce que dit la cliente :
 - « Voulez-vous me parler de ce que vous ressentez? »
 - « Est-ce quelque chose qui s'est passé avant dont vous vous souvenez maintenant? »
 - « Vous souvenez-vous de ce qui vous est arrivé? [Oui/Non] Ce n'est pas grave si vous avez oublié, ça arrive parfois. »
 - « J'ai remarqué que vous aviez des coupures sur vos bras, voulez-vous m'en parler? »
- Évaluez la sécurité de la cliente : (ne pensez jamais que s'il y a déjà eu violence, il y en a nécessairement encore à l'heure actuelle)
 - « Elizabeth, vous m'avez dit que "les gens autour de vous ne vous protègent pas". Vous sentez-vous en sécurité maintenant? »
 - « Y a-t-il quelque chose qui s'est passé pour que vous ne vous sentiez pas en sécurité? »
- Offrez-lui de l'aide :
 - « Obtenez-vous l'aide dont vous avez besoin dans la communauté pour ce que vous ressentez? »
 - « Quel autre type de soutien vous faudrait-il? »
- Demandez-lui sa permission de l'orienter vers une autre personne-ressource :
 - « Puis-je vous recommander à quelqu'un qui pourrait vous aider? »

Scénario n° 2 :

Une infirmière effectue une évaluation d'une femme ayant reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde qui est admise à un établissement de santé mentale. La patiente se tord les mains, l'air angoissée. Elle regarde l'infirmière d'un regard intense, mais ne semble pas du tout avoir envie de parler. L'infirmière a de la difficulté à communiquer avec elle. Quelques heures plus tard, la patiente vient voir l'infirmière et lui dit qu'elle a été agressée dans son appartement le soir dernier et qu'elle veut appeler la police.

Réaction :

- Les entretiens doivent se faire en privé :
 - « *Allons dans la salle d'entretien ou dans le bureau pour en parler* »
- Croyez ce que dit la cliente :
 - « *Vous avez dû vivre une expérience vraiment terrifiante, merci de m'en avoir fait part* » ou « *Cette situation a dû être terrifiante.* »
 - « *Ce n'est pas facile de parler de ce genre de choses.* »
 - « *C'est normal de se sentir en colère, gênée et effrayée après avoir vécu cela.* »
 - « *Comment puis-je vous aider maintenant?* »
 - « *Ressentez-vous de la douleur?* »
 - « *Voulez-vous que nous nous asseyons ensemble pour parler?* »
- Évaluez la sécurité de la cliente :
 - « *Que vous faudrait-il pour vous sentir en sécurité?* »
- Offrez-lui de l'aide :
 - « *Voulez-vous que quelqu'un vous aide pendant que vous parlez à la police?* » Si la patiente répond oui :
- Demandez-lui sa permission de l'orienter vers une autre personne-ressource :
 - « *Puis-je vous recommander quelqu'un qui pourra vous aider à parler à la police?* »



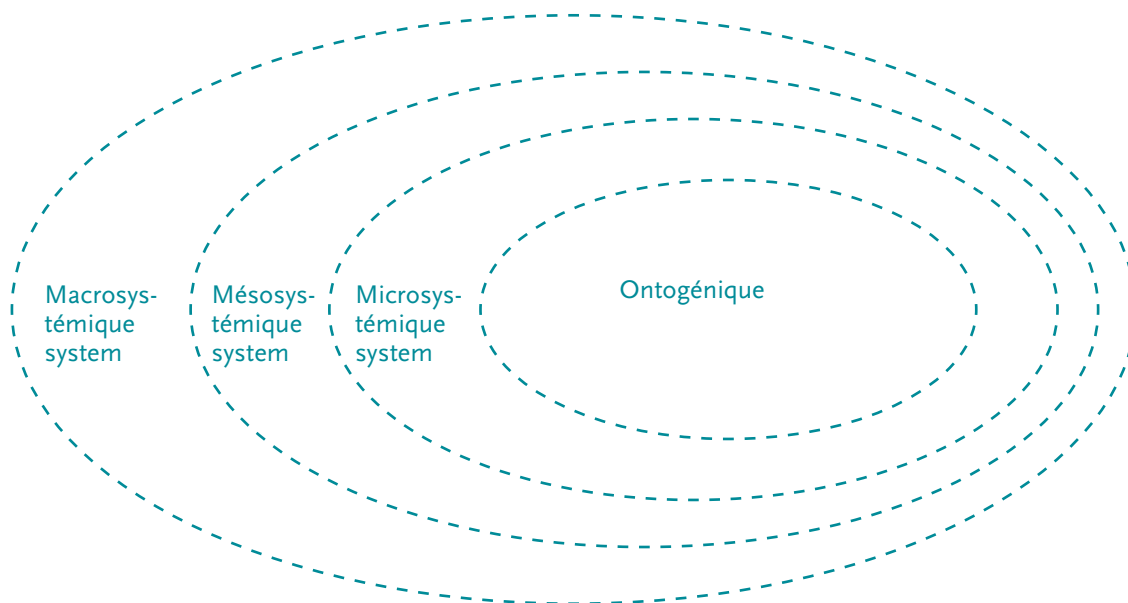
Annexe N : Cadre écologique

L'annexe suivante présente une nouvelle approche novatrice à la violence familiale.

L'approche la plus complète que l'on puisse adopter pour comprendre et résoudre les situations de violence familiale dans des contextes locaux et internationaux est le cadre écosystémique/écologique (Guruge, Tiwari et Lucea, 2010). Ce cadre a tout d'abord été utilisé afin de classer les différentes conclusions de recherche sur l'étiologie de la violence envers des enfants (Belsky, 1980), mais il a depuis été mis en application pour la violence envers des femmes (Carlson, 1984; Dutton, 1988; Edleson et Tolman, 1992). Le cadre écologique de Belsky s'inspire du concept de développement ontogénique de Tiorbergen (1951) et de celui de cadre écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1977, 1979). Bronfenbrenner (1977, 1979) avait émis l'hypothèse que pour comprendre le comportement humain, il fallait cesser de se concentrer sur la situation immédiate pour tenir compte de l'ensemble de l'environnement de la personne. Pour Garbarino (1977) et Belsky (1980), l'environnement d'une personne consiste en une série de paramètres et de systèmes encadrés les uns dans les autres dans l'ordre suivant : du microenvironnement de la famille au méso/ exoenvironnement du réseau social immédiat, au macroenvironnement de l'ensemble de la société.

Loue et Faust (1998) ont proposé un cadre pour comprendre la violence faite aux femmes, cadre composé de quatre niveaux : (a) ontogénique (les antécédents individuels des partenaires), (b) microsystémique (le contexte familial dans lequel a lieu la violence), (c) mésosystémique (le réseau social auquel participe la famille) et (d) macrosystémique (la culture et l'ensemble de la société). Les gens et leur environnement sont compris dans le contexte de leurs relations continues et réciproques (Guruge, Khanlou et Gastaldo, 2010).

Figure 1. Illustration d'un cadre écosystémique (selon Guruge, 2007; Heise, 1998)



Les facteurs individuels ou ontogéniques font référence aux « [Traduction] caractéristiques de l'expérience de développement ou de la personnalité d'une personne qui forment sa réaction aux facteurs de stress du microsystème et du [méso]exo-système » (Heise, 1998, p. 267). Exemples de facteurs : être témoin de violence familiale pendant l'enfance, être victime de violence pendant l'enfance, maladie mentale, toxicomanie.

Le microsystème fait référence aux « [Traduction] interactions qu'a une personne avec d'autres et à la signification subjective des dites interactions » (Heise, 1998, p. 269). Parmi les facteurs microsystémiques mentionnés dans la documentation, mentionnons l'autorité et la domination masculines dans la famille, le contrôle des finances de la famille par l'homme, les conflits conjugaux, le stress et la consommation d'alcool (Guruge, 2007).

Le mésosystème comprend les gens et les structures qui ont une influence immédiate sur la famille et qui déterminent ce qui se passe à la maison (Belsky, 1980). Il englobe le voisinage, les écoles, les milieux de travail, les réseaux sociaux officiels et officieux, ainsi que les groupes identitaires de la collectivité de la personne (Guruge, 2007). L'un des facteurs mésosystémiques clés est le soutien social (ou absence d'un tel soutien), aussi bien à titre de facteur contributif que de sous-produit (Guruge, 2007).

Le macrosystème fait référence au « [Traduction] grand ensemble de valeurs et de croyances culturelles qui imprègne et informe les trois autres niveaux de l'écologie sociale » (Heise, 1998, p.273). Quelques exemples de facteurs macrosystémiques : (a) le lien que trace la société entre la masculinité et la domination, la force et l'honneur; (b) la rigidité des rôles de l'homme et de la femme; (c) l'idée que la femme appartient à l'homme et qu'elle doit respecter ce qu'il dit; (c) l'approbation religieuse des châtiments physiques pour les femmes; (d) un éthos culturel tolérant la violence comme moyen de régler les conflits interpersonnels (Brownridge et Halli, 2002; Heise, 1998).

« [Traduction] Comprendre les liens existant entre les facteurs des différents niveaux nous permet de comprendre comment une situation donnée est grandement influencée par des facteurs dépassant le niveau individuel » (Guruge, 2007, p. 68). Dans une analyse, il est utile de ne pas se limiter à la personne ou au microniveau : le macroniveau permet d'explorer le nexus historique, socioéconomique et politique de chaque expérience individuelle (Guruge et Khanlou, 2004). Le rôle exact des facteurs dans le cadre n'est pas clairement établi, mais l'important n'est pas là : c'est la relation dynamique entre les différents facteurs des différents niveaux qui importe (Guruge, 2007). « [Traduction] Des relations de puissance déséquilibrées ancrées dans les espaces publics et privés favorisent la violence faite aux femmes à la maison, tout en restreignant les choix des femmes et les réactions possibles en cas de violence » (Guruge, 2007, p.69).



Références

- Allen, N.E., Bybee, D.I., et Sullivan, C.M. (2004). Battered women's multitude of needs. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035.
- Amar, A.F., et Gennaro, S. (2005). Dating violence in college women: Associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms. *Nursing Research*, 54(4), 235-242.
- Arnette, N.C., Mascaro, N., Santana, M.C., Davis, S., et Kaslow, N.J. (2007). Enhancing spiritual well-being among suicidal African American female survivors of intimate partner violence. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 909-924.
- Asher, J., Crespo, E. I., et Sugg, N. K. (2001). Detection and treatment of domestic violence. *Contemporary OB/GYN*, 46(9), 61-66.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : Auteur.
- Baker, L. et Cunningham, A. (2005). *Learning to listen. Learning to help: Understanding woman abuse and its effects on children*. Centre for Children & Families in the Justice System, London.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.
- Berman, H., Hardesty, J., et Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys et J. C. Campbell (rédacteurs), *Family violence and nursing practice* (p. 150-187). Philadelphie : Lippincott.
- Boyle, A. et Jones, P. B. (2006). The acceptability of routine inquiry about domestic violence towards women: A survey in three healthcare settings. *British Journal of General Practice*, 56(525), 258-261.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Brouwers, M. C., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Davis, D., Feder, G., et Zitselsberger, L. (2009). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*. AGREE Trust. Disponible <http://www.agreetrust.org/>
- Brownridge, D. A., et Halli, S. S. (2002). Culture variation in male partner violence against women. *Violence Against Women*, 8(1), 87-115.
- Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de l'Ontario (2011). Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Disponible http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/french/2011/elaws_src_regs_r11331_f.htm
- Campbell, R., Adams, A.E., Wasco, S.M., Ahrens, C.E., et Sefl, T. (2009). Training interviewers for research on sexual violence: A qualitative study of rape survivors' recommendations for interview practice. *Violence Against Women*, 15(5), 595-616.
- Carlson, B. E. (1984). Causes and maintenance of domestic violence: An ecological analysis. *Social Science Review*, 58(4), 569-587.
- Chang, J.C., Buranosky, R., Dado, D., Cluss, P., Hawker, L., Rothe, E., et Scholle, S.H. (2009). Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings. *Violence and Victims*, 24(2), 193-203.
- Department of Health (2000). Domestic Violence: A resource manual for health care professionals. Disponible : www.doh.gov.uk/pdfs/domestic.pdf
- Duncan, M.M., McIntosh, P.A., Stayton, C.D., et Hall, C.B. (2006). Individualized performance feedback to increase prenatal domestic violence screening. *Maternal Child Health Journal*, 10(5), 443-449.
- Dutton, D. G. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3(1), 5-29.
- Edleson, J., et Tolman, R.M. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, CA : SAGE.
- Family Violence Prevention Fund. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Disponible <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>
- Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R., et Abbott, J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357-1361.
- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family*, 39(4), 721-735.

- Guruge S. (2007). *The influence of gender, racial, social, and economic inequalities on the production of and responses to intimate partner violence in the post-migration context*. (Dissertation). Université de Toronto, Canada.
- Guruge, S., et Khanlou, N. (2004). Intersectionalities of influence: Researching health of immigrant and refugee women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(3), 32-47.
- Guruge, S., Khanlou, N., et Gastaldo, D. (2010). The production of intimate male partner violence in the migration process: Intersections of gender, race, and class. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 103-113.
- Guruge, S., Tiwari, A., et Lucea, M.B. (2010). International perspectives on family violence. In Humphreys, J. et Campbell, J. (rédacteurs). *Family Violence and Nursing Practice* (2^e éd.). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Hagglblom, A.M.E., Hallberg, L.R.M., et Moller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7(4), 235-242.
- Hamberger, K.L., Guse, C., Boerger, J., Minsky, D., Pape, D. et Folsom, C. (2004). Evaluation of a health care provider training program to identify and help partner violence victims. *Journal of Family Violence*, 19(1), 1-11.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.
- Houry, D., Feldhaus, K., Peery, B., Abbott, J., Lowenstein, S.R., Al-Bataa-De-Montero, S., et Levine, S. (2004). A positive domestic violence screen predicts future domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(9), 955-966.
- Hyman, K. (1999). Dating violence among adolescents: Risk factors and implications for treatment and research. *Developments*, 13(3), 5-8.
- Jaffe, P., Wolff, D., et Wilson, S. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park, CA : Sage.
- Johnson, N.L., Klingbell, C., Melzer-Lange, M., Humphreys, C., Scanlon, M., et Simpson, P. (2009). Evaluation of an intimate partner violence curriculum in a pediatric hospital. *Pediatrics*, 123(2), 562-568.
- Johnson, M.P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence*. New Hampshire : Northeastern University Press.
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., et Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(84). DOI:10.1186/1471-2393-10-84.
- Koziol-McLain, J., Garret, N., Fanslow, J., Hassall, I., Dobbs, T., Henare-Toka, T.A., et Lovell, V. (2010). A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 56(4), 413-423.
- Krugman, S.D., Witting, M.D., Furuno, J.P., Hirshon, J.M., Limcangco, R., Perisse, A.R., et Rasch, E.K. (2004). Perceptions of help resources for victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(7), 766-777.
- Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail (*violence et harcèlement au travail*). Disponible http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills_detail.do?locale=fr&btnSubmit=go&BillID=2181&BillStagePrintId=4499
- Loi sur les services à l'enfance et à la famille de l'Ontario (2003). Disponible http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90c11_f.htm
- Loue, S., et Faust, M. (1998). Intimate partner violence among immigrants. In S. Loue (rédacteur), *Handbook of immigrant health* (p. 521-544). New York : Plenum Press.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M.H., Shannon, H.S., Ford-Gilboe, M., et McNutt, L.A. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 493-501.
- MacMillan, J.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.A., Worster, A., et Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(5), 530-536.
- McCord-Duncan, E.C., Floyd, M., Kemp, E.C., Bailey, B., et Lang, F. (2006). Detecting potential intimate partner violence: Which approach do women want? *Family Medicine*, 38(6), 416-422.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N., et Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D): Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(9), 861-866.
- Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario : Auteur.
- Ministère de la Justice du Canada (2011). Code criminel du Canada, Ottawa, gouvernement du Canada.

- O'Donnell, L., Agronick, G., Duran, R., Myint-U, A., et Stueve, A. (2009). Intimate partner violence among economically disadvantaged young adult women: Associations with adolescent risk-taking and pregnancy experiences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(2), 84-91.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2004). *Confidentialité des renseignements personnels sur la santé*. Toronto : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2008). *Documentation*. Toronto : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). *La prestation de soins adaptés à la culture*. Toronto : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2011). *Assurance de la qualité, L'Exercice réfléchi*. Toronto : Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (2004). *Women abuse in the perinatal period: Guidelines for care providers*. Ottawa : PPPESO.
- Poirier, L. (1997). The importance of screening for domestic violence in all women. *The Nurse Practitioner*, 22(5), 105-122.
- Pollack, K.M., McKay, T., Cumminskey, C., Clinton-Sherrod, A.M., Lindquist, C.H., Lasater, B.M., et Grisso, J.A. (2010). Employee assistance program services for intimate partner violence and client satisfaction with these services. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(8), 819-826.
- Postmus, J.L., Severson, M., Berry, M., et Yoo, J. (2009). Women's experiences of violence and seeking help. *Violence Against Women*, 15(7), 852-867.
- Punukollu, M. (2003). Domestic violence: Screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52(7), 537-543
- Rhodes, K.V., Drum, M., Anliker, E., Frankel, R.M., Howes, D.S., et Levinson, W. (2006). Lowering the threshold for discussions of domestic violence. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1107-1114.
- Rosovsky, L., et Inions, N. J. (2003). *Canadian health information: A practical legal and risk management guide (3^e éd.)*. Markham : Butterworths.
- Santé Canada. (1999). Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Disponible <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-165-1998-2F.pdf>
- Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E., et Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Confidentiality of health information, info law: A legal guide for nurses*, 1, 1-2.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). (2005). Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada (JOGC)*, avril (157), 365 – 388.
- Sohal, H., Eldridge, S., et Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8(49). DOI: 10.1186/1471-2296-8-49.
- Svavarsdottir, E. K. (2010). Detecting intimate partner abuse within clinical settings: Self-report or an interview. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 224-232.
- Swahnberg, K., et Wijma, K. (2007). Validation of the abuse screening inventory (ASI). *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(3), 330-334. DOI:10.1080/14034940601040759
- Trabold, N. (2007). Screening for intimate partner violence within a health care setting: A systematic review of the literature. *Social Work in Health Care*, 45(1), 1-18.
- Weiss, S.J., Ernst, A.A., Cham, E., et Nick, T.G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18(2), 131-141.
- Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., et Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.
- Zweig, J. M., et Burt, M. R. (2007). Predicting women's perceptions of domestic violence and sexual assault agency helpfulness: What matters to program clients? *Violence Against Women*, 13(11), 1149-1178.



Mars 2005

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

*La violence faite aux femmes :
Dépistage, identification et intervention initiale*



*Ce projet a été financé
par le gouvernement de l'Ontario*



978-0-920166-90-1



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS